UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

LA

TUBERCULOSE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Décembre 1909

PAR

André RIVES

Né à Mazamet (Tarn), le 23 avril 1884

MENTION TRÈS HONORABLE. CONCOURS DE FIN D'ANNÉE (1903)

EXTERNE DES HOPITAUX (1903)

INTERNE DES HOPITAUX (1905)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
ESTOR, professeur. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs.*
RICHE, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

LA
TUBERCULOSE DES ANNEXES
DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 10**

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA

TUBERCULOSE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Décembre 1909

PAR

André RIVES

Né à Mazamet (Tarn), le 23 avril 1884

MENTION TRÈS HONORABLE. CONCOURS DE FIN D'ANNÉE (1903)

EXTERNE DES HOPITAUX (1903)

INTERNE DES HOPITAUX (1905)

AGAD. LAGOUAT BIBL.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs.*)

- TÉDENAT, Professeur, *Président.*
- ESTOR, professeur.
- SOUBEYRAN, Agrégé.
- RICHE, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN
SARDA	ASSESSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale	CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*

ESTOR, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

En témoignage de profonde reconnaissance, de respectueux attachement, d'admirative sympathie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Vous avez été mon premier maître en chirurgie et c'est auprès de vous que j'ai pris, pour la première fois, contact avec le malade. Cela ne s'oublie pas, mais non plus, surtout, vos précieux encouragements et votre sympathie agissante au cours des heures tristes du passé. Il m'est agréable de pouvoir vous en témoigner ici ma reconnaissance.

A. RIVÈS.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI-SUBURBAIN

EXTERNAT

1904. M. le Professeur ESTOR.
M. le Médecin-Principal DE SCHUTTELAERE.

1905. M. le Professeur GRASSET.
M. le Professeur CARRIEU.

INTERNAT

1906. M. le Professeur ESTOR.
M. le Professeur BAUMEL.
M. le Médecin-Principal VEDEL.
M. le Médecin-Major de 1re Classe TOUBERT.

1907. M. le Professeur TÉDENAT.

1908. M. le Professeur GRASSET.
M. le Professeur adjoint DE ROUVILLE.

1909. M. le Professeur FORGUE.

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES D'INTERNAT

M. le Professeur ARDIN-DELTEIL.
M. le Professeur agrégé SOUBEYRAN.
M. le Docteur ROUVIÈRE.

A. RIVES

LA

TUBERCULOSE DES ANNEXES

DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

« En pratique, la tuberculose génitale de la femme se réduit à la tuberculose des annexes. » Cette proposition de J.-L. Faure (1) explique et justifie le choix et la limitation du sujet de ce travail. La tuberculose utérine, l'endométrite bacillaire, sont, m'a-t-on dit, des sujets plus neufs, plus rares. Il ne m'a pas plu d'entreprendre un travail de pure curiosité anatomique et de collectionner des raretés qui ne m'auraient conduit à aucune conclusion utile en clinique ou en thérapeutique. J'ai préféré réunir la documentation contemporaine sur un sujet où beaucoup de points sont encore discutés, exposer l'état actuel et la position de la question ; verser dans la discussion les faits cliniques que je dois à mes maîtres, en nombre suffisant pour motiver une opinion.

Ce travail représente une revue générale de la question,

---

(1) Congrès de Rome, 1902.

faite d'après les travaux parus depuis 1900. Pour toute la période antérieure, la thèse de Mlle Gorovitz dispense de revenir sur un terrain qu'elle a fouillé. Ce n'est pas une revue intégrale, car il est difficile de réunir tous les documents, trop épars dans la littérature ; aussi, serait-il possible d'accroître, et de beaucoup, le nombre des observations rapportées. Je me suis, d'autre part, abstenu, sauf quelques exceptions, de reproduire des observations déjà réunies dans les thèses françaises. Ce n'est pas non plus une pure revue générale, reflet impartial de toutes les opinions émises ; mon exposé a été guidé par un certain nombre d'idées directrices, que j'ai tâché de faire ressortir, surtout dans les conclusions.

Je n'indique pas ici le plan suivant lequel j'ai utilisé mes matériaux ; il suffira d'un coup d'œiel, jeté sur la table des matières, pour le trouver, avec ses subdivisions.

Tous mes maîtres, qui ont si aimablement répondu à mes demandes d'observations ou de conseils pour l'exécution de ce travail, savent la reconnaissance que j'ai pour eux et le bon souvenir que j'en garde. Qu'ils me permettent de réunir dans une commune pensée tous ceux, maîtres ou collègues, dont la fréquentation quotidienne, au long de ces années — si courtes — de mon temps d'hôpital, m'a rendu l'étude plus facile et le travail plus attachant.

Ma reconnaissance va aussi aux camarades qui m'ont aidé dans mes recherches, et spécialement à celle de mes condisciples, dont la modestie s'effraie d'être nommée ici, à qui je dois de longues et précieuses traductions.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

La nature tuberculeuse de certaines annexites et de diverses autres affections gynécologiques, est plus fréquente qu'il n'était généralement admis jusqu'à ces dernières années. La plupart des auteurs qui ont traité de la tuberculose génitale chez la femme, insistent sur ce fait. La raison en est d'abord dans l'augmentation du nombre absolu d'interventions permettant un diagnostic anatomique, puis dans l'intérêt plus grand accordé aux recherches histologiques, lesquelles décèlent bon nombre de tuberculoses qui n'avaient pas été soupçonnées à l'examen macroscopique.

Fréquence.— Les statistiques qui permettent de se rendre compte de la fréquence de la tuberculose génitale, et spécialement des annexites tuberculeuses, ont été dressées soit par des anatomo-pathologues, soit par des chirurgiens.

Parmi les premières, certaines sont globales et portent sur toutes les autopsies faites pendant un temps déterminé. Schramm (in Gorowitz, 00) rencontre 34 cas de tuberculose génitale sur 3.366 autopsies de femmes, Hanse-

mann (in Murphy, 03), 16 cas sur 7.000 autopsies ; la statistique de Simmonds (09), qui porte sur 6.000 autopsies, indique 80 cas de tuberculose génitale.

D'autres auteurs prennent pour base de leur pourcentage le nombre d'autopsies de femmes à lésions manifestement tuberculeuses et de localisation quelconque. On rencontre alors (Williams, 1892), d'après :

Courty, un cas sur 100 autopsies de tuberculeuses.

Louis, un cas sur 66.

Cornil, un cas sur 50 à 60.

Kiwisch, un cas sur 40.

Mosler, un cas sur 40.

Schramm, un cas sur 34.

Nimias et Christoforis, un cas sur 12.

Turner (1899) aurait trouvé des bacilles de Koch dans 18,5 pour 100 des cas examinés à ce point de vue, et Stolper trouverait des lésions génitales tuberculeuses dans 20,5 pour 100 des cas de tuberculose pulmonaire chez la femme. Plus faibles sont les chiffres récents de Devic : 3 sur 77 (in Martin, de Lyon, 05) ; de Hansemann : 4 pour 100 (Murphy, 03) ; de Mlle Schakoff (03) : 5,5 pour 100 ; de Merletti : 5 pour 100 (Chaufton, 05) ; une autre statistique plus étendue de ce même auteur est signalée par Murphy et donnerait un pourcentage de 12,6. Targett (03) indique 6 pour 100, Berkeley (03) 7,7 pour 100 ; enfin, Johnstone (02) rapporte deux statistiques dont le pourcentage est de 10.

Il résulte de ces chiffres que la tuberculose génitale est relativement fréquente chez les phtisiques avancées, mais elle pourrait n'y être que secondaire et tardive, trop tardive pour avoir quelque intérêt chirurgical. L'importance pratique des statistiques chirurgicales est donc plus immédiate.

La proportion des cas de tuberculose aux interventions gynécologiques variées, serait (Gorovitz), pour Martin de 3 pour 100, pour Edebohl de 4 pour 100 ; Senn, sur 2.000 laparotomies, n'aurait rencontré que 20 cas de tuberculose génitale. Analogues sont les chiffres d'Andrews (03) : 1,5 pour 100 ; de Kundrat (01) : 4 sur 140. Les statistiques sont préférables qui, plus homogènes, indiquent la proportion des annexites tuberculeuses au nombre global des annexites opérées : Andrews, 4 à 12 pour 100 ; Beyea (04), 18 pour 100 ; Goodall (07), 9 à 18 pour 100 ; ce même auteur rapporte la statistique de Gardner, au Royal Victoria Hospital : sur 310 laparotomies, il y eut 37 tuberculoses pelviennes, soit 12 pour 100, et 16 pour 100 si l'on ne tient compte que des affections d'ordre inflammatoire. Pollosson (in Jamin et Violet, 04) compte 13 pour 100 ; Macnaughton-Jones (08), 8 à 10 pour 100. Tous ces chiffres sont approximativement comparables, et on peut considérer qu'une dizaine d'annexites sur cent sont imputables à la tuberculose.

Age. — L'âge est un facteur étiologique qui doit être pris en considération. La tuberculose annexielle est une affection de l'âge sexuel. Les cas observés dans l'enfance, même dans la première enfance, et dans la vieillesse, ne sont point des raretés, mais ils ne sont qu'une faible minorité en face du nombre observé au cours de la vie sexuelle, ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

253 cas de salpingo-ovarite se répartissent ainsi :

Au-dessous de 15 ans	15
De 15 à 25 ans	109
De 26 à 35 ans	77
De 36 à 45 ans	38
De 46 à 55 ans	9
Au-delà de 56 ans	5

Les deux périodes, prépubère et post-ménopausique, n'ont ainsi que 29 cas à opposer à 224 de la période sexuelle. La période où s'observent le plus de cas est nettement de 15 à 25 ans, et la statistique ci-dessus est d'accord avec celles antérieurement publiées. Il serait inutile de détailler plus les renseignements relatifs à l'âge et de répartir les cas sur un graphique, puisque, en réalité, les chiffres fournis ne sont pas ceux de l'apparition des phénomènes morbides et qu'il se trouve, suivant les observations, des intervalles souvent considérables entre la date probable d'apparition des accidents tuberculeux et la date de la vérification opératoire ou nécroptique, moment où est relevé l'âge signalé par l'observation.

Les âges extrêmes sont très éloignés : plusieurs observations, émanées d'instituts de pédiâtrie, sont relatives à des fillettes de trois ans, un an. Andrews (03) indique un minimum de dix semaines. L'âge maximum est également fourni par lui ; il est de 84 ans.

Le nombre d'observations au-dessous de 15 ans est trop minime pour qu'on l'oppose aux conclusions pathogéniques qui peuvent se tirer des relations de la tuberculose annexielle avec la période sexuelle. Aucun âge ne met tel ou tel organe absolument à l'abri de l'infection tuberculeuse ; en dehors de toute électivité, le bacille évolue sur les annexes dans l'enfance, comme sur tout autre point de l'organisme (Leuret, 04). Les relations pathogéniques seront étudiées dans le chapitre suivant ; il est cependant utile de dire ici que l'influence de la période sexuelle sur le développement de la tuberculose annexielle peut tenir à deux causes distinctes. Elle met en jeu, d'une part des phénomènes congestifs : hyperhémie de développement à la puberté, congestion cataméniale, grossesse..., et l'on sait que l'évolution de la tuberculose en général est favorisée

par un certain degré d'état congestif ; d'autre part, elle est l'occasion d'un certain nombre de possibilités de contagion : coït, accouchement... par exemple.

La question de la contagion, en tant que cause directe efficiente de la localisation génitale de la tuberculose, étant ainsi réservée, il reste à signaler l'ensemble des facteurs étiologiques qui tiennent au terrain et le préparent à la germination du processus bacillaire.

I. **L'hérédité.** — En premier lieu, l'hérédité. Ce n'est pas ici l'occasion de revenir sur la question de l'hérédité-transmission de la tuberculose, mais seulement d'apprécier cliniquement le rôle des antécédents hérédo-tuberculeux dans la production de ses manifestations annexielles.

Numériquement, on trouve la tuberculose *héréditaire ou familiale* signalée dans un tiers des cas. Sur un relevé de 168 observations (1), on trouve l'hérédité tuberculeuse signalée comme positive dans 22 cas ; comme nettement absente, dans 41 ; 105 observations sont muettes. Sur les 103 cas qui appuient cette thèse, dix fois il y a hérédité positive, quatorze fois son absence est signalée. Au total, parmi les 87 observations où les antécédents ont été recherchés, on a trouvé une hérédité tuberculeuse 32 fois, soit 35,8 pour 100. Au point de vue général, cette hérédité n'implique, ici comme ailleurs (sauf exceptions possibles) qu'une prédisposition à la contagion tuberculeuse ; mais il convient de se demander s'il n'y a pas un facteur local qui soit sous la dépendance de cette hérédité. La question est, s'il n'y a pas une prédisposition locale — ici génitale

(1) Ce relevé est fait sur les thèses françaises des neuf dernières années, la première en date étant celle de Mlle Gorovitz, Paris 1900.

— héréditaire par tuberculose. L'*hérédité similaire* paraît ne pas exister. La tuberculose annexielle chez la mère et la fille n'a pas été signalée ; quand même, d'ailleurs, le cas se produirait, la chose ne serait qu'une présomption en faveur de cette hérédité similaire.

Le point beaucoup plus important réside dans *l'hérédo-dystrophie tuberculeuse* qui peut se manifester au niveau des organes génitaux internes. « L'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse » (1) de Mosny consiste en malformations hypoplasiques, parmi lesquelles se rencontre le nanisme viscéral, et qui s'apparentent à la chlorose. Or, les malformations hypoplasiques du système génital créent une prédisposition incontestable à la localisation du processus tuberculeux. Dans une statistique de Merletti (Chaufton, 05), sur 500 femmes tuberculeuses, 80 présentent de l'hypoplasie génitale, et, parmi celles-ci, 24 ont des lésions de tuberculose génitale. L'hérédo-dystrophie, qui est nettement fonction de tuberculose, peut donc à la fois favoriser la contagion bacillaire, ou mieux l'implantation du bacille dans l'organisme, et déterminer la localisation de ce bacille sur tel ou tel organe, plus spécialement mal préparé à la résistance.

II. **Les antécédents personnels.** — L'influence étiologique des antécédents personnels peut être étudiée sous trois chefs : l'état général, les manifestations non bacillaires, les manifestations bacillaires. Pour les antécédents génitaux, à cause de leur importance, ils seront groupés en un paragraphe ultérieur.

1° L'*état général* est, le plus souvent, défectueux avant

(1) Mosny et Bernard : Article Tuberculose du *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, tome IV, page 121.

que se développe une tuberculose annexielle. Il s'agit bien souvent de femmes misérables, surmenées, ayant eu une enfance de scrofuleuses, une adolescence de chloro-anémiques, femmes vieillies avant l'âge, au teint terreux ou cireux, aux tissus amaigris et mous, en imminence de cachexie. Cela n'est cependant pas une règle constante, et l'on peut observer un état général différent, même alors que des lésions importantes évoluent déjà depuis un certain temps. Ce peuvent être de fortes et vigoureuses campagnardes (Martin, de Lyon, 05), ou bien « la brunette aux bonnes couleurs » (Lucy, 08), à l'habitus extérieur de robuste santé (Grimsdale, 07), à l'apparence florissante (Hall, 02), de forte constitution, qui n'a jamais été malade (Secheyron, 07), la « grosse et grasse femme brune » (Tédenat). Ce type, bien nourri, apparemment plein de vie, est certainement plus rare, mais il n'est point exceptionnel.

2° *Certaines affections non bacillaires,* mais qui ouvrent souvent la porte à la tuberculose, sont signalées assez fréquemment dans les antécédents personnels. Chez les enfants, les adolescentes, le déclin de l'état général a commencé après une grippe, une coqueluche, une rougeole surtout (Marthe Wollstein, obs. 65). L'organisme s'est alors tuberculisé et, de là, l'infection s'est propagée aux organes pelviens. A la suite de rougeole, on a également signalé la tuberculose primitive de la vulve (Deuse, in Gorowitz, 00). La fièvre typhoïde, la scarlatine ont été aussi accusées d'avoir préparé l'éclosion d'annexites tuberculeuses (Leuret, 04).

3° *Manifestations tuberculeuses préalables.* — Une question fort débattue en pathogénie de la tuberculose annexielle, est celle de la primitivité possible de l'affection.

En d'autres termes, y a-t-il lieu d'admettre des cas où la lésion annexielle serait la première et la seule manifestation tuberculeuse de l'organisme ? Au point de vue étiologique, la question est autre : il s'agit de savoir quand et comment une lésion bacillaire préalable commande la localisation annexielle. Les statistiques sont, sur ce point, un peu défectueuses ; les rédacteurs d'observations négligent trop souvent d'indiquer s'il existe ou non d'autres foyers tuberculeux connus et leur rapport chronologique avec le foyer génital. Sur 103 observations réunies pour ce travail, il ne se trouve que 23 cas où l'existence d'un foyer tuberculeux antérieur soit nettement affirmée. Dans 19 cas, il est, au contraire, spécifié qu'aucune autre localisation n'a été décelée, cliniquement ou anatomiquement. La statistique des thèses antérieures donne : antécédents nettement tuberculeux, 81 ; absence de tout foyer actuel ou passé, 22. Au total, dans 103 cas contre 41, les antécédents personnels bacillaires existent, soit 72 pour 100 ; restent 127 observations qui ne fournissent pas ce renseignement intéressant.

Ainsi donc, dans à peu près deux tiers des cas, la tuberculose annexielle est précédée ou accompagnée de tuberculose d'autres organes. Ceux-ci sont, en général, les poumons, et l'on a vu plus haut dans quelle proportion, inversement, se rencontrait la tuberculose génitale dans les autopsies des phtisiques. Dans les observations chirurgicales, l'organe le plus souvent atteint, simultanément aux annexes, est le péritoine ; les diverses formes de péritonite : ascitique, granuleuse, fibro-adhésive, caséeuse, se rencontrent. Il sera intéressant de se poser la question de la dépendance réciproque réelle de ces deux localisations, mais, quoi qu'il en soit, le péritoine paraît cliniquement être le premier en cause. D'autres formes de tuberculose

chirurgicale figurent parmi les antécédents, telles que les adénites cervicales ou l'appendicite tuberculeuse (voir obs. 8 et 9).

Parmi les tuberculoses d'ordre médical, la pleurésie et l'adénopathie trachéobronchique se rencontrent le plus fréquemment. Toutefois, les auteurs allemands placent l'entérite tuberculeuse au premier rang et lui font jouer un rôle indiscutable (Glockner, 04) ; dans 11 pour 100 des cas, Simmonds (09) a noté la coexistance de tuberculoses génitale et urinaire. Au moment où est constatée la tuberculose annexielle, les autres lésions tuberculeuses sont généralement en cours d'évolution ; il se rencontre cependant des cas où les autres lésions antérieures ont, cliniquement, guéri. L'intérêt de leur constatation anamnestique n'en est donc pas diminué. Leur existence, toutefois, n'est qu'une présomption, qu'un appoint pour le diagnostic ; le nombre d'annexites gonococciques ou puerpérales chez des tuberculeuses avérées, est trop considérable pour qu'il soit possible ici d'appliquer la loi que les grandes maladies chroniques régissent les affections de ceux qui en sont atteints.

III. **Les antécédents génitaux**. — Il est certain qu'en matière de tuberculose annexielle, des facteurs étiologiques d'une grande importance sont donnés par l'examen de l'appareil et des fonctions génitales.

1° *Etat anatomique.* — Les conditions favorables à l'éclosion de la tuberculose annexielle qui relèvent de l'*état anatomique*, en quelque sorte les conditions d'ordre statique, se répartissent entre les défauts de conformation et les néoplasmes.

A. — Hégar et Freund ont attiré l'attention sur l'asso-

ciation relativement fréquente de la tuberculose avec les *malformations de l'appareil génital.* Merletti a constaté le fait dans 30 pour 100 des cas de malformations. Alleaume (08) a réuni dans sa thèse les cas qui permettent l'étude des « Rapports de la tuberculose génitale chez la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital ». Ces malformations consistent, le plus souvent, en arrêts de développement, état infantile, aplasie, atrésie vaginale ou utérine. Elles impliquent donc un état de valeur organique diminuée, par suite de résistance affaiblie, et, d'autre part, créent des conditions anatomiques favorables à l'infection tuberculeuse et à son développement. Leur rôle étiologique n'est d'ailleurs souvent que secondaire ; bien souvent, en effet, ces dispositions anomales sont fonction d'hérédo-dystrophie tuberculeuse, et, dans certains cas aussi, elles sont sous la dépendance d'une tuberculisation de l'organisme lui-même, à la suite d'affections de l'enfance. Congénitales ou acquises, ces malformations par arrêt de développement sont donc souvent la signature d'une toxi-infection tuberculeuse, et c'est là une raison de plus de la fixation de nouveaux processus tuberculeux à leur niveau.

B. — Certains *néoplasmes* de l'appareil annexiel peuvent aussi devenir des centres de fixation de la tuberculose. Il s'agit de kystes de l'ovaire ; les néoplasmes solides peuvent exceptionnellement jouer ce rôle. La tuberculose d'une tumeur de la trompe n'a jamais été signalée. Rémy (05) écrit sa thèse sur « Les kystes de l'ovaire tuberculeux ». Il relève dix-sept cas certains, dont un inédit. Simmonds (09) en cite 4 cas. L'importance numérique de ce facteur est donc minime, mais il attire l'attention une fois de plus sur le rôle des diminutions de résistance locale, de tout genre, dans le développement de la tubercu-

lose annexielle. Dans un cas de Glockner, une tumeur épithéliale de l'ovaire était envahie par la tuberculose (obs. 25).

2° *Etat fonctionnel.* — Les *fonctions de l'appareil génital* à l'état normal et à l'état pathologique, constituent des facteurs d'ordre dynamique plus importants que ceux de l'ordre statique.

A. — Les relations de la *fonction menstruelle* avec la tuberculose annexielle sont peu marquées dans l'ordre étiologique. Les troubles et désordres menstruels sont l'effet de la localisation tuberculeuse et ne paraissent pas la favoriser directement quand ils la précèdent. Toutefois, de la lecture des observations, il résulte l'impression que, chez les femmes qui deviendront ultérieurement des tuberculeuses annexielles, la *dysménorrhée* est fréquente. Jeunes filles réglées difficilement, un peu tard, avec des irrégularités, des retards prolongés, perdant peu de sang et avec de vives souffrances, tels sont les types qui se présentent assez souvent. Mais, et c'est là la distinction importante, cette menstruation difficile paraît n'être que l'indice de ces malformations : hypoplasies, déviations de l'appareil génital que détermine l'hérédo-dystrophie, dont les équivalents se retrouvent dans tout le système vasculaire. Elle en est une conséquence au même titre que la fixation sur ces points dystrophiés de la tuberculose ; il y a, entre elle et ce dernier fait, une analogie de causes et non une dépendance directe. Toutefois, et justement à cause de cette analogie étiologique, son étude n'est pas dénuée d'intérêt.

L'âge auquel apparaissent les *premières règles* ne paraît pas, dans l'ensemble, être très retardé. Les menstruations à 10 et 11 ans, donc un peu précoces, s'y ren-

contrent. Le maximum est de 12 à 15 ans, selon la normale (la statistique portant sur des pays et des régions très diverses) ; ces âges réunissent 53 cas sur 85. Mais certains cas individuels sont intéressants par le retard de l'instauration menstruelle, tels celui de Gottschalk (obs. 10) : vierge de 32 ans, réglée seulement à 30, et très peu ; la malade de Forgue (obs. 46), non encore réglée à 22 ans ; celle de Grimsdale (obs. 16), qui ne l'était pas à 30. Le peu d'abondance de l'écoulement sanguin, l'irrégularité des dates de son retour, enfin la dysménorrhée douloureuse, sont, au contraire, fréquemment notées.

B. — L'annexite tuberculeuse est une affection fréquemment *virginale*. La constatation simultanée de signes positifs de virginité et d'une annexite doit mettre sur la voie du diagnostic étiologique de tuberculose (Targett, 03). Elle a été à plusieurs reprises un argument de diagnostic préopératoire, en l'absence de signes plus directement probants. La tuberculose des annexes se rencontre dans l'enfance ; elle est très souvent le point de départ de la prétendue ascite idiopathique des jeunes filles (Bouilly). Dans 27 cas (sur 271), la virginité a été constatée. C'est là un argument contre la théorie de la contagion ascendante, par voie vaginale, à l'origine de la tuberculose des annexes.

A cet argument, on peut opposer la constatation que bien souvent le début des accidents est rapporté aux semaines qui suivent les premiers rapports sexuels (Martin, 05), spécialement dans des cas où l'hypothèse de contagion est rationnelle, telle que le mariage avec un tuberculeux (Menge, cité par Le Roy Bround, 09), (Simmonds). Toutefois, il est permis, dans ces cas, de se demander, avec Goodall (07), s'il ne s'agirait pas plutôt de lésions torpides, peut-être déjà anciennes, et auxquelles la congestion

pelvienne, les traumatismes des premiers rapports, donneraient une allure aiguë.

C. — La *stérilité* a été indiquée parmi les facteurs étiologiques. En réalité, elle ne peut être considérée que comme un effet de l'affection annexielle et il est difficile de la considérer comme cause. Il est possible qu'il y ait entre les deux ordres de faits une corrélation utile à considérer pour le diagnostic, mais ce n'est pas ici le lieu d'y insister.

D. — La *grossesse,* au contraire, et plus encore *l'accouchement* et *l'avortement,* paraissent jouer un rôle dans l'apparition des accidents tuberculeux. On doit admettre, suivant les cas, ou bien qu'une inoculation bacillaire s'est faite à l'occasion du traumatisme que constitue l'accouchement, soit indirectement, par suite de la diminution temporaire et locale de la résistance organique, soit directement, par le transport intra-utérin de germes au cours des manœuvres obstétricales, telles que la délivrance artificielle (Veit, 02), ou bien, d'autres fois, que la grossesse a seulement décelé un état latent antérieur, en faisant passer les lésions d'un état torpide à un état floride, qui s'installe dès le cours de la grossesse et persiste au-delà de la période puerpérale. C'est ainsi que Kraus (04) admet une tuberculose miliaire aiguë de l'endomètre comme résultant d'une tuberculose tubaire, sous l'influence de la gravidité. Goodall (07) insiste sur la diminution de résistance que crée ce traumatisme de l'accouchement ; dans 5 cas sur 37, le processus tuberculeux, ainsi mis en jeu, prit les apparences d'une pelvi-péritonite aiguë et sa nature ne fut reconnue qu'à l'opération.

Mlle Gorovitz note la fréquence de l'inoculation de la cavité utérine, après la puerpéralité ; la résistance est at-

ténuée par l'involution des vaisseaux et la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. Voir les observations de Hoffmann, Breus, Heidenthaler, et surtout celle de Thiercelin-Cornil.

A plusieurs reprises, soit l'accouchement, soit l'avortement, sont la date initiale des accidents. C'est depuis ce moment que l'état général a décliné, que les phénomènes génitaux ont pris une allure pathologique. Voir, plus loin, les observations pour l'accouchement, numéros 55, 57, 58, 67, 97 ; pour l'avortement, numéros 1, 63, 77, 82.

La *grossesse extra-utérine,* quand elle se développe dans une trompe tuberculeuse — et l'annexite bacillaire est quelquefois cause de grossesse tubaire — y provoque une exacerbation aiguë par la vive congestion qui en résulte (Goodall, 07). « ...Par places, une dégénérescence calcaire, tout près d'un foyer de tuberculose récente, montre bien qu'il s'agit là d'un processus aigu greffé sur une tuberculose tubaire latente. » (1).

E. — Outre les circonstances ci-dessus énoncées de menstruation, de grossesse, d'accouchement, la période sexuelle comporte des facteurs étiologiques, non plus d'ordre normal, mais d'ordre pathologique : elle est la période où les *infections génitales* ont le plus d'occasion d'intervenir, et, en fait, apparaissent le plus fréquemment. Cela est exact pour l'infection tuberculeuse pure, mais, d'autre part, il y a beaucoup de cas où l'invasion tuberculeuse est précédée, et incontestablement favorisée par d'autres infections plus fréquentes.

Le transport direct du bacille de Koch pur, ou plus sou-

---

(1) Voir les observations de Warthin et de Stober ; *in* thèse Gorovitz

vent associé, dans les voies génitales, peut ainsi résulter de l'apport immédiat par le pénis (la question discutée du sperme bacillifère étant d'ailleurs réservée), par les doigts : masturbation, explorations gynécologiques en dehors des précautions d'asepsie, délivrance artificielle ; par les instruments : canules, hystéromètres, trocarts à kystes de l'ovaire, à l'époque où on faisait la ponction répétée (Celler, 04). Les corps étrangers ont été aussi incriminés (Bernheim, 00). Au total, l'hygiène sexuelle défectueuse, les soins de propreté nuls ou mal conçus, tout cela permet occasionnellement la contagion tuberculeuse (Chaufton, 05).

Les infections annexielles préalables fournissent au bacille de Koch un terrain favorable à son évolution. La succession de la tuberculose aux lésions chroniques de la gonococcie est bien connue : la gonococcie est une vraie pierre de touche pour les organismes suspects de tuberculose (Guyon). Quelquefois même les deux infections au lieu de se succéder coexistent.

1. M. Péraire. — Abrégée. Compte-rendu de la *Société anatomique*, novembre 1903, p. 842.

Salpingo-ovarite double suppurée à gonocoques et bacilles de Koch.

Femme de 32 ans. Réglée à 12 ans. Une grossesse à terme, puis deux accouchements prématurés. A l'époque du second, douleurs violentes dans le bas-ventre, pertes blanches.

Ventre très douloureux. Empâtement du cul-de-sac gauche, perte de souplesse dans le cul-de-sac droit. Utérus complètement immobilisé. Tympanisme abdominal. La température vespérale à 38°5, 39°... Respiration rude aux deux sommets. Malade très affaiblie, très amaigrie, cachectique.

Laparotomie. Bassin fermé par des adhérences formant un magma compact avec le gros intestin, les annexes et l'utérus. Annexes

très adhérentes, enlevées en évacuant le pus qu'elles contiennent.

La poche salpingienne gauche a sa paroi interne tomenteuse et presque caséeuse. Sur un renflement induré de cette trompe, les franges de la muqueuse sont considérablement épaissies, soudées entre elles par leurs extrémités libres et infiltrées de cellules migratrices nombreuses. En certains points, cellules en dégénérescence et quelques cellules géantes. Couches sous-muqueuses épaissies, fibreuses, avec nombreux vaisseaux. Bacilles de Koch dans les franges de la muqueuse. Dans les clapiers purulents de la trompe droite, on trouve des gonocoques.

D'après Andrews (03), Saulmann et Williams auraient fait des constatations analogues ; de même, Menge (Murphy 03). Schuchard (1) admet comme fréquente l'association efficace du bacille de Koch avec le gonocoque, au cours de la blennorragie simple (Braye, 02). Il est probable que dans ces infections mixtes, les deux agents élèvent réciproquement leur virulence et combinent la gravité des lésions produites. Beaucoup d'observations de tuberculose annexielle révèlent des antécédents de blennorragie.

Les infections puerpérales prédisposent également à la localisation annexielle de la bacillose ; il est vraisemblable que l'infection tuberculeuse est contemporaine de l'infection streptococcique et date comme elle du moment de l'accouchement, mais l'évolution des lésions étant plus lente, les deux affections paraissent consécutives.

Martin, de Greifswald (03), indique la syphilis dans les antécédents des annexites bacillaires ; Bernheim (00) l'admettait également. Ni l'un ni l'autre ne précise le mécanisme qu'il admet comme relation entre les deux affections.

En résumé, la tuberculose annexielle est une affection relativement fréquente, non seulement chez les tubercu-

(1) Schuchardt. — Langenbeckes Archivs, XLIV, 2.

leuses avancées, mais encore parmi les malades susceptibles de supporter avec succès un traitement chirurgical énergique. Elle n'est donc pas une curiosité anatomique, mais bien une réalité gynécologique, avec laquelle il faut compter. Affection de l'âge sexuel (15 à 55 ans), elle paraît avoir des relations avec les phénomènes de l'hérédité tuberculeuse par un état anatomique de dystrophie paratuberculeuse sur lequel elle se greffe avec facilité. Elle participe aux même conditions générales que les autres manifestations tuberculeuses, quant aux antécédents de scrofule, de maladies tuberculigènes de l'enfance. Elle est fréquemment associée à d'autres manifestations bacillaires, le plus souvent antérieures, Sa localisation anatomique paraît liée à des troubles organiques tels que les malformations, les insuffisances fonctionnelles traduites par la dysménorrée, par la stérilité. Les fonctions sexuelles n'ont qu'un effet partiel sur son apparition puisqu'elle se rencontre fréquemment chez des vierges ; toutefois, le rôle de la congestion pelvienne à la suite du coït, de la grossesse, dans la période puerpérale n'est pas négligeable ; de plus, la période d'activité sexuelle est aussi celle des contagions génitales parmi lesquelles se place la tuberculose, soit d'emblée, soit consécutivement à la gonococcie ou aux infections puerpérales.

CHAPITRE II

PATHOGENIE

La question de la pathogénie des tuberculoses annexielles est rendue confuse chez la plupart des auteurs par des discussions sur la notion de primitivité de cette affection. Il semble, à les lire, qu'il soit d'une importance capitale que la lésion tuberculeuse des annexes soit ou non la première et la seule localisation tuberculeuse de l'organisme. L'intérêt de cette question est cependant beaucoup plus théorique que pratique. En théorie, pour qu'une tuberculose localisée soit appelée primitive, il est nécessaire qu'aucun point de l'organisme n'ait été préalablement atteint de quelque lésion tuberculeuse. Sinon, et quelque minime que soit cette lésion, si infime soit-elle en regard de la localisation annexielle, celle-ci est considérée comme secondaire. En pratique chirurgicale, la conception est autre : ce qui importe est de savoir si la localisation considérée est isolée, si aucun autre foyer n'est *cliniquement décelable*. Qu'importe, en clinique, un minuscule foyer ganglionnaire, s'il doit rester latent et indiscernable jusqu'à sa découverte sur la table d'autopsie ou même sous l'objectif d'un microscope ? Le traitement et l'évolution de la lésion apparente n'en seront pas modifiés. Goodall (07)

estime que peut-être une seule annexite tuberculeuse sur cent est théoriquement primitive, alors qu'au point de vue clinique, 30 à 50 pour 100 méritent cette épithète.

D'ailleurs, il faudrait, dans le domaine de la logique, subdiviser encore la classe des tuberculoses secondaires, et, à côté des lésions vraiment secondaires, telles qu'une granulie consécutive à de la tuberculose pulmonaire, indiquer les cas où deux localisations tuberculeuses sont simultanées et dérivent d'une seule infection commune ; où il se fait une localisation *primitive secondaire* (Pozzi) : la malade, tuberculeuse pulmonaire par exemple, s'infectant par ses propres crachats en une sorte d'auto-infection détournée ; enfin ceux où il se produit deux infections successives différentes où les bacilles proviennent de sources distinctes. Ne serait-il pas possible, en effet, que des différences de virulence résultent de ces différences d'origine des bacilles ? C'est ainsi que Celler (04), dans un cas où coexistait une lésion récente et prononcée des annexes, apparue après un accouchement, avec des lésions anciennes et chroniques des poumons, se demande si l'infection génitale qui amena la mort n'était pas due à une infection distincte de la tuberculose pulmonaire (voir obs. 97).

Les faits pathogéniques relatifs à la tuberculose des annexes se rangent en deux groupes : Comment se fait la contamination ? Pourquoi y a-t-il développement de lésions après la contamination bacillaire ?

A. La Contamination

Au point de vue pathogénique, on établit une distinction entre les cas où le bacille qui va infecter les annexes de l'utérus part d'une lésion préalable de l'organisme, et

ceux où ce bacille, provenant de l'extérieur, ne détermine qu'un seul ordre de manifestations pathologiques. C'est là qu'est — théoriquement — la différence des cas primitifs avec les cas secondaires.

§ I

Contamination secondaire. — Elle suppose dans l'organisme un foyer tuberculeux initial. Celui-ci peut être connu ou connaissable cliniquement ; il s'agit alors, le plus souvent, de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose intestinale, d'adénopathies froides, plus rarement de manifestations cutanées (lupus), ou ostéo-articulaires. Le foyer peut être latent, occulte, au point bien souvent qu'il ne peut être décelé que par l'autopsie dans les ganglions trachéo-bronchiques ou mésentériques, par exemple.

Du foyer initial, foyer d'inoculation, vont maintenant partir les germes auquel seront dus, à échéance plus ou moins éloignée, les divers foyers de dissémination. Les étapes que suivront ces germes sont, en général et successivement : les voies lymphatiques, le système veineux, le système artériel par lequel ils sont répartis en différents points de l'organisme. A côté de cette propagation par dissémination, il y a aussi la propagation par continuité de tissus, qui se fait par l'extension progressive d'un foyer tuberculeux à sa périphérie. Tomson (04) a pu suivre l'évolution d'une tuberculose à manifestations multiples successives, dont voici le résumé :

2. Tomson. — *Journ. Akousch i. Gensk*, 1904, d'après analyse in *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, 1906, p. 165.

Femme de 22 ans. Autopsie : Pelvipéritonite et paramétrite purulente. Tuberculose des ovaires, des reins, des poumons, du péritoine, des ganglions axillaires.

Elle avait subi des opérations multiples. Le début des accidents aigus remontait à 2 ans. Cliniquement, on avait constaté l'ordre de succession suivant des lésions tuberculeuses : Adénopathie axillaire ; poumons ; ovaires ; à ce moment, le péritoine est sain, les trompes intactes. Reins ; nouveau foyer au poumon droit ; péritoine.

a) *Etape préannexielle.* — Quel que soit le nombre des étapes qui séparent l'entrée du bacille de Koch de sa fixation sur les annexes, il suffit de considérer l'avant-dernière pour étudier le processus de la contamination des annexes.

1° Le Sang. — Le bacille de Koch peut être porté aux annexes directement par voie sanguine, comme il est porté aux poumons ou aux reins. Pour Mlle Gorovitz, ce mode d'apport est indiscutable quand on ne trouve qu'une lésion tubaire sans lésion voisine utérine, péritonéale ou intestinale. Sa signature anatomique est la localisation des nodules le long des vaisseaux. La dissémination massive des bacilles produit des lésions granuliques, mais il y a des bacillémies intermittentes et éphémères avec peu de bacilles ; ceux-ci se fixent rapidement dans les parenchymes, spécialement dans ceux qui sont le siège d'une hyperhémie modérée, mais anormale, ou de toute autre raison d'atténuation de résistance. Le fait peut être obtenu expérimentalement : Villemin (05) a produit la salpingite

tuberculeuse chez la lapine, par injection intra-veineuse de produits tuberculeux. Dervaux (03) a recherché en quels points des annexes l'infection tuberculeuse hématogène avait le maximum de raisons de se fixer : ce sont, d'après lui, les points d'irrigation sanguine maximum ; le tiers interne de la trompe, sa région ampullaire ; la couche ovigène de l'ovaire, et spécialement les corps jaunes. L'ovaire, en effet, au cas d'infection hématogène, participe exactement au même processus que la trompe.

Il est vrai que, pour Amann, au contraire (d'après Murphy, 03), la localisation initiale se ferait dans la zone de nutrition défectueuse qui sépare les réseaux terminaux de l'utérine et de la tubo-ovarienne.

2° Le Péritoine. — Après l'infection par voie sanguine, les contaminations par la voie qu'on peut appeler descendante. Cette voie comprend : le péritoine, les lymphatiques, la migration directe transpariétale.

Dans le cas de tuberculose annexielle, le péritoine peut être et rester sain. Il est alors difficile d'admettre, avec quelques auteurs, que l'agent tuberculeux ait franchi sa cavité pour passer de l'intestin, par exemple, à la trompe ou à l'ovaire.

Le péritoine ne peut être incriminé comme étape préannexielle de la tuberculose que s'il est lui-même lésé. La cavité péritonéale est alors, ou bien libre d'adhérences, mais remplie d'ascite, tandis que les parois sont recouvertes de granulations discrètes ou confluentes, ou bien elle est le siège d'adhérences légères ou étendues avec les diverses variétés connues : ulcéro-caséeuse, fibreuse, abcédée ou pseudo-kystique.

Dans le cas d'ascite, les annexes baignent librement dans le liquide ; dans le second cas, leur face péritonéale est

plus ou moins intimement fixée aux anses intestinales, à l'utérus, à la paroi pelvienne. Ces adhérences impliquent un nouveau facteur de transport du processus, une voie lymphatique (voir ci-dessous, page 36).

La source originelle de la tuberculose péritonéale est elle-même sanguine, ou bien elle se trouve dans les organes sous-séreux : intestins, ganglions mésentériques. Il y a des cas exceptionnels où l'infection péritonéale part de l'ombilic (Demme, François). Dans l'un d'eux, il y eut consécutivement une localisation annexielle :

3. Maas. — *In* Murphy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1904, p. 18.
Tuberculose des trompes et de l'utérus chez une enfant de cinq ans.

Enfant de cinq ans, tuberculose généralisée. Ulcérations tuberculeuses sur la muqueuse utérine et tubaire ; la musculaire des trompes contenait des tubercules. Ovaires normaux, Vagin sain. La voie d'entrée reste obscure ; il y avait des adhérences avec tubercules fibreux du côté de l'ombilic dont l'auteur fait la porte d'infection.

Les *relations de la tuberculose péritonéale et annexielle* ne paraissent pas univoques. Il y a différentes hypothèses à considérer. Leuret (04) a consacré sa thèse à une « Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme ».

1) Les deux processus peuvent être *contemporains* : la contamination s'est faite par voie sanguine. Il n'y a pas de relations pathogéniques entre les deux faits. Anatomiquement, la répartition des granulations sur le péritoine n'a pas pour centre l'excavation pelvienne. Sur la trompe et sur l'ovaire, les granulations siègent dans l'épaisseur des tissus, au voisinage des vaisseaux.

2) *Le péritoine est préalablement atteint* : s'il y a ascite,

on peut supposer l'inoculation secondaire de la trompe et de l'ovaire par le liquide qui baigne leur surface et dans lequel peuvent se rencontrer des bacilles. La couche séreuse de la trompe, la surface externe de l'ovaire, sont alors prises en premier lieu ; également est prise la surface muqueuse de la trompe, s'il se fait par ce canal une sorte de drainage de l'ascite (Pinner). Dervaux (03) rapporte un cas où la tuberculose de la trompe paraît bien s'être faite par une sorte d'aspiration du liquide péritonéal.

4. Dervaux. — *Thèse Paris*, 1902-1903.

Chez une jeune fille de 21 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, secondaire à une ulcération iléo-cœcale, le cul-de-sac de Douglas était rempli de détritus purulents. Les deux trompes prolabées y baignaient. Jusqu'au point d'émersion, elles étaient renflées, caséeuses, infectées. Il est manifeste qu'elles s'étaient inoculées par voie muqueuse, par aspiration des produits du cul-de-sac.

Goodall (07) admet aussi l'origine péritonéale de l'annexite tuberculeuse ; pour lui, les lésions siègent initialement sur le pavillon, ouvert à l'inoculation, et de là progressent par l'ampoule vers l'utérus. Au Congrès de la tuberculose, en 1905, M. Tédenat a insisté sur l'origine péritonéale de la salpingite tuberculeuse.

En l'absence d'ascite ou de tout autre épanchement liquide, le passage des lésions du péritoine à la trompe se fait par continuité de tissu : le revêtement séreux tubaire est pris par l'extension des lésions du ligament large, puis le processus devient plus profond et gagne peu à peu les diverses couches. Au niveau de l'ovaire, le processus d'invasion a été décrit par Cornil (1905). (Voir page 72).

3) Mais les relations pathogéniques entre la trompe et le péritoine peuvent être inverses : la conclusion de Leuret, est que *la tuberculose péritonéale chez la femme a le plus souvent comme point de départ des lésions génitales.* Brouardel (1) considérait le péritoine comme « le véritable réactif de l'état pathologique des organes génitaux ». Bouilly a rattaché l'ascite idiopathique des jeunes filles à des lésions tuberculeuses latentes des annexes. Son élève Gorovitz affirme : « C'est la lésion génitale qui débute, et la tuberculose du péritoine n'arrive que consécutivement. » L'origine annexielle serait au moins en cause dans 32 pour 100 (Haene), 40 pour 100 (Osler), des péritonites tuberculeuses. Selon Targett (03), le chiffre s'élève à 50 pour 100.

Les arguments qui appuient cette manière de voir sont, d'abord, la fréquence de la coexistence des lésions — Murphy (03) dit n'avoir vu qu'un cas de péritonite tuberculeuse où les trompes fussent saines — et ensuite la possibilité indéniable de l'extension du processus tuberculeux, soit à travers la paroi tubaire de la muqueuse à la séreuse, soit par le canal tubaire vers son orifice abdominal. Les lésions prédominent nécessairement au niveau de la région pelvienne et s'atténuent à mesure qu'on s'en éloigne ; le péritoine sus-ombilical reste sain, dans ces cas-là. Quelquefois, les granulations tuberculeuses s'observent seulement autour du pavillon tubaire (Sippel in Gorovitz), justifiant le mot de Monprofit (cité par Riche, 93) : « L'orifice du pavillon de la trompe est vraiment comme une bouche qui souffle l'inflammation sur le péritoine qui l'entoure. » L'issue de produits tuberculeux par

(1) Brouardel. — Thèse Paris, 1865.

l'ostium abdominale a été directement constatée par Murphy au cours d'interventions, dans deux cas :

5. **Murphy**. — Résumée. In *Am. J. of Obst.*, janvier 1904, p. 32.

Miss B..., 26 ans. Antécédents : Leucorrhée de tous temps. Depuis deux ans, douleurs dans les régions ovariennes, surtout à droite, douleurs lombaires. — Cinq poussées de pelvipéritonite en dix-huit mois, la dernière il y a cinq semaines. Défense musculaire dans le bas-ventre. Sensibilité plus vive à droite. Utérus modérément fixé. Culs-de-sacs indurés, mais non empâtés. Masse noduleuse à droite dans le Douglas. Trompes tuméfiées non mobiles. Opération. Péritoine congestionné. Ascite. Adhérences lâches autour des trompes. Dans chaque trompe, à un demi-pouce de la corne utérine, il y a une masse caséeuse ; des masses secondaires se trouvent à un demi ou un pouce plus en dehors. Œdème et ectropion des franges avec petits foyers tuberculeux blancs ; il sortait des masses caséeuses de l'extrémité des trompes. Tubercules confluents dans le Douglas. Tendance du tissu fibreux à limiter les tubercules. On enlève les trompes au ras de l'utérus. On laisse les ovaires qui présentent quelques tubercules paraissant indépendant des follicules de Graaf. Eventration (due au drainage). Opération 10 mois après la première. Aucun signe de tuberculose, ni adhérences, ni ganglions tuméfiés. Ovaires sains. Utérus tel qu'il avait paru la première fois. Péritoine comme normal.

L'infection péritonéale était vraisemblablement entretenue d'une façon continuelle par l'évacuation des produits tuberculeux de la muqueuse tubaire.

Deux ans après on revoit la malade en parfaite santé ; il n'y a plus eu de douleurs. Menstruation normale.

6. **Murphy**. — *American Journal of Obstetrics*, décembre 1903, p. 741.

Femme de 32 ans ; le mari est traité depuis trois ans pour tuberculose : pleurésie, ostéite, épididymite avec bacilles dans le sperme et l'urine. Début il y a quatre mois, poussée de pelvi-

péritonite. Rechutes chaque trois à six semaines, avec douleurs vives, fièvre, sensibilité très grande à la palpation dans la région pelvienne. Trompes tuméfiées, un peu d'ascite. Utérus mobile, culs-de-sacs non empâtés, seulement un peu d'induration des replis péritonéaux. Diagnostic : Péritonite et salpingite tuberculeuses, sans apparence d'autres localisations. Opération. Trompes tuberculeuses tuméfiées. Ectropion marqué de la muqueuse sur le pavillon. Masses caséeuses épaisses dans chaque trompe à trois quarts de pouce de la corne utérine ; là paraît être le foyer initial. Sur les culs-de-sacs, éruption tuberculeuse confluente ; à distance des trompes, le nombre de tubercules diminue sur le péritoine, il n'y en a plus au-dessus du promontoire. On enlève les trompes. La guérison complète a duré *neuf ans.*

7. H.-J. Boldt. — Résumée. *New-York Obst. Society*, mars 1904, in *Am. Journ. of Obst.*, juin 1904, page 831.

Femme de 23 ans, stérile, sans antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans. Menstruation toujours douloureuse et irrégulière au début. A 20 ans, métrorragie profuse pendant deux mois. Depuis décembre 1903, forte douleur, surtout dans la fosse iliaque droite. Organes génitaux externes infantiles ; cavité vaginale de 3 centimètres de profondeur, élargie par le coït. On ne pouvait sentir l'utérus. Au toucher rectal, on se rend compte que le col est à 4 centimètres au-dessus du fond du vagin. Utérus petit ; à droite, un corps qui paraît analogue et qui était dû à une lésion tubaire de la portion interstitielle. De là, on sent une trompe fortement distendue, fluctuante, paraissant adhérer fortement. On fit le diagnostic d'hématosalpinx.

Laparotomie. Adhérences épiploo-intestinales. Le pelvis était couvert de tubercules, surtout autour de la vessie. Il s'écoule du pus de la trompe gauche au cours de son ablation. Ovaire kystique quadruplé de volume. Appendicite tuberculeuse typique. Il était clair que la tuberculose salpingienne était primitive ; la péritonite tuberculeuse était secondaire puisque les lésions ne portaient que sur la portion sous-ombilicale et que les points les plus atteints étaient les trompes. — *Examen anatomique :* Trompe

droite : dilatation noueuse en plusieurs points ; extrémité externe du volume du pouce. Musculaire épaissie avec hypertrophie des fibres et dilatation des vaisseaux. Les lésions inflammatoires sont plus marquées du côté de la muqueuse et indiquent un processus allant vers l'extérieur. Ni plis, ni épithélium, infiltration de cellules rondes et épithélioïdes. Ilots purulents et caséifiés ; il y a des cellules géantes.

L'argument tiré de la succession chronologique des lésions d'après leur aspect, n'a pas une valeur suffisante. La rapidité d'évolution de deux lésions contemporaines est trop variable et trop peu synchrone pour qu'il soit possible de se fier à leur apparence pour les dater.

Murphy (03) a cherché à réaliser l'infection descendante des trompes par l'inoculation péritonéale chez des guenons ; il a constamment échoué : l'ostium abdominale se ferme par des adhérences et le canal tubaire est ainsi protégé. Baumgarten (04) a fait des constatations identiques chez les lapines.

Un argument très sérieux en faveur de l'inoculation ascendante du péritoine par les trompes est fourni par Mayo (in Le Roy-Bround, 09) : ayant eu plusieurs fois l'occasion de réopérer des ascites tuberculeuses, et l'une d'elles jusqu'à quatre fois, il se décida à faire systématiquement l'ablation des trompes, comme le préconise Murphy. Depuis lors, il n'a pas eu de récidive sur une série de 26 cas, alors que sept de ces femmes subissaient la laparotomie pour la seconde, troisième ou quatrième fois.

3° Les Lymphatiques. — Le transport des bacilles de Koch aux annexes par les troncs lymphatiques est bien improbable, puisqu'il s'effectuerait dans le sens rétrograde du courant normal de la lymphe. Au contraire, ce trans-

port paraît très fréquent à travers les réseaux lymphatiques d'origine. Histologiquement, la propagation de la tuberculose paraît se faire par les espaces lymphatiques, où naît le réseau d'origine. Dans l'épaisseur du ligament large, la trompe est ainsi en relations lymphatiques avec les culs-de-sac vaginaux et le col utérin. Amann (02) admet la salpingite tuberculeuse consécutive aux lésions du col utérin, sans que le corps ni la muqueuse utérine soient intéressés, par l'intermédiaire de ces lymphatiques. On peut alors constater de la lymphangite bacillaire dans le ligament large. Ce mode de transport n'implique pas forcément l'existence de lésions tuberculeuses vaginales ou cervicales ; l'entrée du bacille peut se faire par une solution de continuité insignifiante, à la suite d'un accouchement par exemple, et ne produire aucune réaction anatomique au point d'entrée.

Dans les adhérences péritonéales, la propagation du processus tuberculeux se fait par les fentes lymphatiques, qui sont extrêmement abondantes dans ces tissus néoformés. Dans un très grand nombre de cas, où l'on admet l'infection annexielle par le péritoine, le système lymphatique est ainsi un intermédiaire obligé.

L'ovaire, de même que la trompe, est susceptible d'être envahi par la voie lymphatique. Dans presque tous les cas de kystes de l'ovaire compliqués de tuberculose, l'infection vient de l'intestin et progresse par voie lymphatique d'après Glockner (04). Tusini admet dans son cas la progression lymphatique sous-séreuse de la trompe au kyste ovarien (obs. 22).

L'infection par contiguïté et l'infection par voie lymphatique ne pouvant être séparées l'une de l'autre, il faut rattacher à ce dernier mode les cas décrits comme représentant une contamination directe d'un organe à l'au-

tre, à travers leurs parois. La tuberculose annexielle peut être due directement à la tuberculose vésicale (Andrews, 03) ; elle serait associée à la localisation urinaire dans 11 pour 100 des cas, d'après Simmonds (03). L'origine rectale est signalée par Andrews ; l'origine appendiculaire par Delagenière (Chaufton, 05), par Kraus, par Schumann.

8. Kraus. — *In* Murphy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1904, page 19.
Tuberculose de l'appendice propagée à la trompe (?)

Femme de 30 ans. Appendicite 10 ans avant. Dans le Douglas, tumeur formée par l'ovaire, la trompe tuberculeuse et l'appendice. Les tubercules étaient localisés aux extrémités de la trompe et de l'appendice. Il y avait un abcès dans l'ovaire, mais sans tubercules.

L'auteur pense que l'infiltration primitivement appendiculaire s'est propagée à la trompe par le ligament appendiculo-ovarien

9. E.-A. Schumann. — Résumée. College of Physicians of Philadelphia, in *American J. of Obstet.*, octobre 1904.

Négresse de 27 ans, un accouchement, une fausse couche. Pas d'hérédité tuberculeuse. Pleurésie cinq ans avant. Réglée à 13 ans, régulièrement, durée trois jours. Dysménorrée intense. Appendicite à rechutes depuis un an. A son entrée, douleur dans la fosse iliaque droite, accrue par la palpation. Pas de troubles de menstruation. Pas de signes de tuberculose quelconque. Laparotomie. Outre des lésions appendiculaires, trompes très adhérentes, un peu tuméfiées avec les franges agglutinées. Utérus normal. On enlève avec l'appendice les trompes et les ovaires. Péritoine normal, sans éléments tuberculeux. Guérison rapide qui se maintient depuis *six mois*. — *Examen anatomique :* Trompe gauche, 6 centimètres de long, un centimètre de diamètre, non contournée, adhérences solides. Pas de tubercules. Epaississement et infiltration, mais sans nodules. Orifice abdominal fermé par

soudure des franges. Sur la coupe, trompe épaissie avec un peu d'hypertrophie de la tunique musculeuse ; la lumière est diminuée de diamètre. — Trompe droite, épaissie, sinueuse, en contact intime avec l'ovaire, à part cela identique à l'autre. Les ovaires mesurent 4,5 sur 2,5 sur 1,5 centimètres. Ils sont couverts d'adhérences, surtout en arrière. Il y a ovarite et périovarite. A l'examen microscopique : Trompe gauche : hypertrophie légère de la couche musculaire, épaississement des zones fibreuses.

Vaisseaux nombreux, entourés de cellules rondes. Dans la musculeuse, tubercules miliaires typiques à divers stades de développement, avec cellules géantes. Muqueuse entièrement détruite, la lumière est bordée par le tissu musculaire. Il ne subsiste que quelques îlots d'épithélium cylindrique. La cavité est remplie d'éléments en dégénérescence caséeuse. Le mésosalpinx est aussi infiltré de cellules embryonnaires et contient quelques tubercules. Dans la trompe droite, les lésions sont analogues, sauf que la muqueuse existe encore, toute infiltrée de tubercules. Sur les ovaires, il y a ovarite et périovarite avec hypertrophie du tissu fibreux et zones d'infiltration embryonnaire. On y trouve un seul tubercule petit, mais bien typique. Quelques follicules de Graaf sont en voie d'évolution...

Il n'a pas été possible de déterminer si la tuberculose s'était greffée sur une salpingite antérieure. La marche des lésions paraît avoir débuté dans les ganglions mésentériques, s'être propagée à l'appendice, et avoir provoqué un foyer génital secondaire.

4° La Voie muqueuse ascendante. — L'annexite peut être consécutive à de l'endométrite tuberculeuse, et être due à une ascension du bacille proliféré dans la muqueuse utérine, le long de la muqueuse tubaire. Ce processus est rare : la coexistence de lésions tubaires et utérines est, en général, le fait d'un processus inverse, l'inoculation se fait de haut en bas (Kraus, 04). Toutefois, il semble possible qu'un foyer initial se développe dans l'utérus — cela est surtout vrai après les accouchements, le bacille contaminant la plaie placentaire — et que les lé-

sions progressent ensuite vers les trompes. Simmonds (03) rapporte un cas de ce genre ; il est vrai qu'il le considère comme exceptionnel : une femme de 31 ans, dont le mari était phtisique, fut atteinte d'endométrite tuberculeuse, puis de salpingite. Jung (05) a étudié expérimentalement la possibilité et la fréquence des lésions ascendantes de la trompe après l'inoculation de produits tuberculeux ou de cultures dans le corps utérin ou dans le vagin des lapines. Dans 10 cas sur 71, il obtint un résultat positif avec lésions superficielles de la muqueuse et présence de bacilles à sa surface.

Le transport des bacilles se fait par les leucocytes ou par une sorte de mouvement antipéristaltique. Bord a démontré (Lucy, 07) que des corps inertes peuvent ainsi être portés du vagin aux trompes par ce mouvement rétrograde. Baumgarten (07), quoique favorable à l'opinion que le processus tuberculeux descend de préférence la trompe, admet la possibilité d'un transport inverse, dans le cas où un obstacle empêche le libre écoulement des sécrétions tubaires.

b) *Résumé des opinions relatives à la fréquence des diverses voies.* — La localisation secondaire de la tuberculose sur les annexes paraît donc possible par voie sanguine, par voie péritonéale (en y joignant le processus lymphatique qui est analogue), par voie muqueuse ascendante à la suite de lésions des voies génitales inférieures. L'accord n'est pas fait sur la valeur respective de ces divers modes d'inoculation ; toutefois, il semble que la tendance actuelle est d'accorder la prépondérance au *processus hématogène*, sur lequel insistent notamment Bouilly (Chaufton, 05), Martin, de Greifswald (02), Dervaux (03), Simmonds (09), Pollosson (05), [avec Violet (04) et Martin (05)].

L'origine péritonéale a pour elle les arguments exposés ci-dessus, qui sont des faits difficiles à interpréter autrement qu'en sa faveur. Delagenière, Cornil, Tédenat (05), se prononcent pour elle.

Quant à l'origine muqueuse ascendante, elle paraît rare pour la forme secondaire, et on verra plus loin qu'elle est bien près d'être complètement rejetée comme mode de contamination primitive.

§ II

Contamination primitive. — Au sens rigoureux des termes, l'expression de tuberculose annexielle primitive implique l'absence de tout autre foyer tuberculeux dans l'organisme. En clinique, la primitivité n'est donc jamais qu'hypothétique : qui donc se flatterait d'affirmer l'absence du moindre tubercule latent dans quelque ganglion profond ?

Anatomiquement, beaucoup d'auteurs ont tendance à admettre l'existence de l'annexite tuberculeuse primitive. Pour Williams (92), elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imagine, parce qu'elle est méconnue. Les auteurs dont Gorovitz relève l'opinion sont presque tous favorables à cette idée ; les pourcentages les plus élevés sont ceux de Mosler, 19,5 pour 100, de Spaeth, 24,5 pour 100, d'Ojemann, 50 pour 100. Toutefois, Scanzoni et Klebs nient son existence. Lebert la croit exceptionnelle. Pour l'ovaire, Orthmann et Schottlaender croient que le cas ne s'est jamais présenté, malgré qu'il soit possible.

Plus récemment, Spinelli (02) croit l'annexite assez souvent primitive ; Beyea (04) et Lucy (07) pensent aussi qu'elle l'est plus fréquemment qu'on ne l'admet. Calzolari

(08) paraît en faire la démonstration par un procédé élégant : une femme, atteinte d'annexite, présentait l'ophtalmo-réaction positive à la tuberculine ; on fait l'ablation des annexes, qui étaient effectivement tuberculeuses ; après guérison, l'ophtalmo-réaction est négative. Donc, pense l'auteur, il n'y avait qu'un seul foyer tuberculeux dans cet organisme.

D'autre part, il semble que la tendance s'accentue de nier plus ou moins complètement la possibilité d'une localisation primitive sur les annexes. Targett (03) admet qu'elle existe, quoique rare ; Rosenstein (04), les élèves de Pollosson [Jamin, Violet, Martin (04)], Oberndrofer (07), la disent peu probable, incertaine. « Peut-être pas une annexite tuberculeuse sur cent n'est primitive en thérorie », dit Goodall (07), et Macnaughton-Jones (08) et Simmonds (09) pensent de même. De toutes les observations, Veit (in Lenormant, 09), n'en retient que 11 où la primitivité soit indiscutable. Presque tous, d'ailleurs, font ressortir combien minutieux doit être l'examen anatomique d'un cadavre, pour ne pas laisser échapper le minime foyer initial, qu'ils admettent comme origine des foyers ultérieurs.

Les modes de contamination. — Toutefois, puisque l'accord n'est pas définitif, il convient d'examiner successivement les divers *modes possibles de contamination primitive* des annexes. En effet, la notion d'infection primitive génitale ne doit pas se confondre avec celle d'infection ascendante, comme certains ont tendance à le faire. S'il était démontré, comme l'espèrent Delbet et Chevassu (1), que la tuberculose, « maladie vénérienne », n'existe

(1) Delbet-Chevassu. — Art. Tuberculose du *Nouveau Traité de Chirurgie*, 1907.

pas, il n'en resterait pas moins d'autres modes de contamination :

1° *Modes exceptionnels.* — La pathogénie invoquée dans certains cas est notoirement exceptionnelle. Celler (04) admet qu'un kyste de l'ovaire fût infecté de tuberculose par les ponctions multiples qu'on en fit. Gottschalk (03) présente un cas, comme tuberculose primitive et héréditaire, d'origine paternelle des organes génitaux de la femme. Voici l'observation :

10. Gottschalk. — Résumée. Arch. f. Gynak., 1903, n° 70, d'après *Rev. de Gyn. et Ch. abd.*, 1904, page 724.

Vierge de 32 ans. Antécédents tuberculeux du côté paternel. Jamais réglée jusqu'à 30 ans. A partir de ce moment, toutes les dix semaines, écoulement de sang. Depuis deux ans, douleurs et pesanteur dans le bas-ventre. Le col utérin présente une tumeur papillaire qu'une biopsie révèle tuberculeuse.

Utérus gros, antéfléchi, adhérent. Annexes épaissies : on sent plusieurs nodosités le long de la trompe droite.

Castration totale par voie vaginale. La malade est depuis trois ans en bonne santé. L'utérus, les deux trompes et les ovaires sont incontestablement tuberculeux ; on a décelé au niveau des ovaires des bacilles de Koch virulents.

Cette observation est accompagnée des réflexions suivantes : Le bacille tuberculeux, conduit jusqu'à l'ovule par un spermatozoïde, peut se localiser dans l'œuf, sur les cellules sexuelles, et n'évoluer que tardivement. Les conditions pour admettre que le fait se soit réalisé, sont les suivantes : les antécédents tuberculeux doivent se trouver, et exclusivement, du côté du père ; la lésion doit être exclusivement génitale, guérir par exérèse de l'appareil

génital ; l'ovaire doit être le siège de lésions indubitables. Sans entrer dans une discussion détaillée, il suffit de s'étonner qu'un ovule puisse évoluer alors qu'il renferme un bacille tuberculeux vivant, et que celui-ci reste vivace et virulent pendant 33 ans, avant de se décider à proliférer et à créer des lésions manifestes ! Plus sérieuse est l'hypothèse de la tuberculose congénitale latente, d'origine trans-placentaire, qui a été proposée par Baumgarten pour les tuberculoses chirurgicales primitives et qu'Amann (02) considère comme possible pour la tuberculose annexielle ; mais les observations probantes manquent.

2° *Mode descendant.* — L'origine des tuberculoses chirurgicales primitives peut se concevoir sans faire intervenir une infection pré-natale de l'organisme , si l'on remarque combien souvent le bacille tuberculeux pénètre jusque dans le sang, sans avoir laissé aucune signature anatomique de son passage à travers les téguments cutanés ou muqueux. L'origine alimentaire de la plupart des tuberculoses médicales n'est-elle pas de plus en plus admise, malgré la proportion relativement peu élevée des entérites tuberculeuses primitives ? Il est donc probable que, dans certains cas, le bacille traverse, sans les léser, les tuniques intestinales, et tombe dans la circulation sanguine ; au-delà, le processus est identique à celui de l'infection secondaire hématogène. Telle est la seule voie, fait remarquer Murphy (03), par où puisse se faire l'infection primitive, isolée, de l'ovaire. Il est vrai que l'existence de cette dernière n'est guère admise par la critique impartiale des observations.

3° *Primitivité apparente.* — De quelques observations

il semble possible de conclure que, pour quelques cas, la tuberculose annexielle paraît primitive, et qu'elle est isolée au moment considéré (intervention ou autopsie), parce que le foyer antérieur dont elle dépendait a guéri sans laisser de traces. Il s'agit de péritonite, par exemple. Mais qu'elle est l'origine de cette péritonite ? Peut-elle, elle-même, être primitive ? Ne serait-elle pas plutôt une manifestation passagère intercalée sur le cours de l'évolution progressive d'une tuberculose annexielle ? L'une et l'autre hypothèse sont vraisemblables. Il manque dans les observations invoquées l'affirmation nette de l'intégrité des annexes, lors de la première laparotomie, pour péritonite.

11. Arrou. — Résumée. *Soc. Chir.* Paris, 28 juin 1908, p. 649.
Ascite tuberculeuse récidivante. Tuberculose salpingienne.

En 1897, une jeune femme se présente avec tous les signes d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Ni fièvre, ni pleurésie, ni autre localisation bacillaire. Laparotomie : granulations, adhérences, liquide que l'on évacue. En 1901, à nouveau, signes indéniables d'une nouvelle poussée de bacillose péritonéale à forme ascitique. Même bon état général. Deuxième laparotomie ; on trouve non plus des adhérences, mais des granulations d'aspect ferme. En 1903, métrorragies, quelques vagues douleurs abdominales, amaigrissement. Pas de lésions pulmonaires. Au toucher, à droite, masse volumineuse comme un poing d'adulte, extrêmement dure, comme ligneuse, immobile, accolée à l'utérus mais franchement latérale. Troisième laparotomie : on enlève une trompe tuberculeuse. On ne trouve ni brides, ni granulations. Tout était sain, normal.

L'opérée est, à l'heure actuelle, en état satisfaisant.

12. Potherat. — Résumée. *Soc. de Chir.*, 4 décembre 1907, p. 1220.
Présentation de pièces.

Les pièces sont un utérus et ses annexes enlevés par voie vaginale. L'utérus est atteint d'épithélioma du col ; les annexes, trompes et ovaires, présentent de l'un et de l'autre côté des lésions manifestes et importantes. La malade a 24 ans. Elle a été opérée à l'âge de 17 ans, par Michaux, d'une *péritonite tuberculeuse avec ascite*. Elle vit ses douleurs disparaître, son ventre reprendre ses dimensions normales. Elle peut en être considérée comme guérie. Ces pièces montrent que les lésions tuberculeuses n'ont peut-être pas totalement disparu, car les trompes, à parois très épaissies, avec foyers caséeux, avec matière puriforme dans l'intérieur semblent macroscopiquement atteintes de lésions tuberculeuses en évolution. Donc, la péritonite tuberculeuse pourrait guérir sans que toutes les lésions abdominales tuberculeuses disparaissent du coup.

4° *Mode ascendant.* — La voie d'entrée la plus fréquemment attribuée à la tuberculose primitive des annexes, est la voie naturelle génitale ascendante. Le bacille déposé dans les voies génitales inférieures serait transporté le long de la muqueuse jusqu'au point tubaire, ovarien ou péritonéal, où il se fixerait.

La possibilité de son existence est, dira-t-on, infirmée par la rareté des lésions tuberculeuses de la vulve, du vagin et de l'utérus. C'est là raisonner à faux, car, d'une part, s'il y a lésion sous-jacente aux trompes, et antérieure à l'annexite, celle-ci n'est plus que secondaire et la question est déplacée ; d'autre part, on oublie combien le bacille de Koch peut pénétrer profondément le long d'une muqueuse canaliculaire, avant de s'implanter et de produire des lésions, et même combien souvent son point d'implantation dans la muqueuse est simplement pour lui

un lieu de passage qu'il ne jalonne d'aucune lésion. Dire que la tuberculose ascendante des trompes n'existe pas sans lésion des voies inférieures, ce serait nier l'origine respiratoire ou digestive des tuberculoses médicales, parce qu'il n'y a pas fréquemment de lésions initiales sur les lèvres, la langue ou la muqueuse pituitaire !

L'absence de lésions basses dans la tuberculose annexielle ascendante, serait, au contraire, facile à justifier par les conditions anatomiques : présence d'un épithélium pavimenteux stratifié ; et fonctionnelles : chasse sanguine et desquammation épithéaliale de la période menstruelle, existence de produits épais de sécrétion utérine englobant et desquamation épithéliale de la période menstruelle, volume.

L'existence de l'infection ascendante n'étant pas invraisemblable, il convient d'en considérer les *facteurs*. Le bacille de Koch peut être introduit dans le canal génital de bien des manières. Il suffit de mentionner son apport par des *corps étrangers* : pessaires, canules ; par la *masturbation*. Les *manœuvres obstétricales* peuvent être l'occasion d'un transport manuel ou instrumental de germes tuberculeux jusque dans la cavité utérine, si réceptive en cette circonstance.

D'autre part, le *coït* est la grande cause invoquée pour la tuberculose génitale ascendante. L'origine sexuelle de la tuberculose génitale, la tuberculose « maladie vénérienne », ont suscité beaucoup de travaux et de discussions. L'ère en paraît close et on n'en trouvera ici qu'un résumé, et les conclusions.

Le coït peut introduire des germes dans le vagin à titre de souillures banales, dont le pénis est porteur, comme un vulgaire corps étranger ; ou bien il s'agit d'ulcérations tuberculeuses du gland, dont le frottement sur

les parois vaginales et sur le col, détachent des parcelles bacillifères susceptibles de s'inoculer. M. Tédenat (05) a rapporté, au Congrès de la Tuberculose, un cas d'inoculation tuberculeuse du col utérin par un gland porteur d'une ulcération serpigineuse bacillaire.

Enfin, le bacille est véhiculé avec le sperme. S'il s'agit d'hommes porteurs de lésions bacillaires génitales (testicule, épididyme, vésicules, prostate), la chose est certaine. Mais elle est possible aussi chez les tuberculeux pulmonaires, sans lésions génitales cliniquement connues. Indépendamment des observations cliniques, toujours discutables, de tuberculisation génitale par un conjoint tuberculeux (voir exemple ci-dessus : Murphy, obs. 6 ; Cohnheim, Verchère, Verneuil, Fernet), il y a un nombre suffisant de résultats expérimentaux positifs pour que la solution de la question soit certaine : le sperme d'un phtisique, sans légions génitales, peut contenir des bacilles virulents (1).

Toutefois, cette condition ne suffit pas pour produire la tuberculose génitale et, spécialement, la tuberculose annexielle. Ces bacilles sont-ils susceptibles de se développer, *de s'élever jusqu'aux annexes,* et d'y produire leurs lésions habituelles ? Beaucoup sont entraînés au dehors par l'action mécanique des sécrétions utéro-vaginales et par les soins de propreté vaginale. D'autres subissent l'action bactéricide du mucus utérin, agent efficace de désinfection génitale. Mais il en est qui résistent à ces causes d'expulsion ou de destruction et qui s'élèvent vers les trompes. Deux voies leur sont ouvertes : ou bien la sur-

(1) Ce paragraphe n'est que la conclusion des pages où Mlle Gorovitz énumère les recherches qui y conduisent. Il n'y avait rien de récent à ajouter aux faits qu'elle rapporte.

face de la muqueuse utérine, ou bien les réseaux lymphatiques du ligament large. On a vu plus haut que, dans ce dernier cas, le bacille pénètre dans le tissu du col, tombe dans une cavité lymphatique, et y circule, véhiculé probablement dans les leucocytes (Jung, 05), jusqu'à arriver en un point qui peut être sur les réseaux lymphatiques de la trompe, abondamment anastomosés avec ceux du col utérin. Le long de la muqueuse utérine et tubaire, l'ascension du bacille est vraisemblablement favorisée par toutes les inflammations préalables qui détruisent l'épithélium cilié, lequel crée un courant descendant, et par toutes les déviations ou malformations qui provoquent la rétention et la stagnation des sécrétions. Il peut se faire des sortes de courants rétrogrades, un antipéristaltisme utéro-tubaire (Jung, 05), puisque Bond aurait vu le transport de particules inertes s'effectuer depuis le vagin jusque dans les trompes (Lucy, 07). Baumgarten a observé un cas où un spermatozoïde avait transporté un bacille tuberculeux jusqu'au voisinage de l'ovaire (Dervaux, 03).

On a cherché à vérifier par *l'expérimentation* cette hypothèse de l'infection tuberculeuse ascendante et d'en établir la probabilité. La conclusion est que les résultats positifs existent, mais sont inconstants. L'injection de produits bacillaires ou de cultures dans l'utérus, peut donner des lésions ascendantes (Péraire, Cornil et Dobroklonsky). Popoff a montré la nécessité, pour cela, de lésions préalables de la muqueuse utérine. Mlle Gorovitz a obtenu la tuberculisation par dépôt de produits tuberculeux sur la muqueuse utérine saine de la cobaye, tandis que les inoculations vaginales sont toujours restées sans résultat. Elle a pu préciser ainsi les différences de réceptivité des diverses parties de la voie génitale

Jung et Bennecke (05) ont obtenu des résultats analo-

gues sur la lapine ; Baumgarten (04) a, au contraire, échoué ; il admet, qu'en règle générale, la propagation infectieuse se fait de haut en bas ; toutefois (idem, 07), si l'écoulement des sécrétions est arrêté par un obstacle réel, l'infection peut se propager de bas en haut.

La possibilité d'un phénomène n'est pas une preuve de son existence. Le fait qu'il y a des tuberculoses annexielles primitives, n'implique pas forcément qu'elles soient d'origine ascendante, quoique cela soit possible. Les preuves devraient être données par la clinique ; or, cela est difficile, car les observations sont toujours discutables, bien des points échappant à notre investigation. Qu'un tuberculeux inocule par son sperme l'utérus ou les trompes de sa partenaire, soit ! cela est possible, mais qui garantit l'absence chez celle-ci d'un foyer ganglionnaire latent, ancien, et d'où cependant peuvent se détacher des microbes virulents ? Pourquoi cette femme n'aurait-elle pas, circulant dans le sang, des bacilles d'origine intestinale ? Cela est aussi possible, et, par suite, on n'est plus autorisé à rattacher la lésion annexielle à la tuberculose du conjoint mâle ; on n'en est qu'excusé par la tendance, manifestement simpliste, qui se rencontre trop souvent en étiologie !

Plusieurs auteurs, Voigt en particulier, et Glimme (Murphy, 03), ont pris argument de l'âge des malades en faveur de l'origine sexuelle de la tuberculose annexielle. Il n'en faut pas moins chercher ailleurs pour expliquer la tuberculose génitale infantile, celle des vierges, des gynatrésiées (Boldt, 04, voir obs. 7), des vieilles femmes. Si donc tous ces cas s'expliquent autrement que par l'infection sexuelle, pourquoi n'en serait-il pas de même, au moins pour quelques-uns, des autres ? La période sexuelle offre plutôt des raisons de fixation du processus tuberculeux

sur les trompes (voir ci-dessous) que des raisons de contamination directe. « Voyez, dit Murphy, le nombre de couples dont le mari présente de l'épididymite bacillaire, et que vous pouvez suivre pendant des années sans que la femme soit contaminée. » Voilà les cas à opposer aux observations isolées et insuffisamment explicites, où la contagion directe est affirmée.

L'analogie avec la tuberculose génito-urinaire de l'homme est un argument de valeur contre l'origine vénérienne de la tuberculose génitale féminine : « On pensait autrefois que, lorsque la lésion est généralisée à tout l'arbre urinaire, l'infection est ascendante. On sait bien aujourd'hui qu'en réalité, la plupart du temps, l'infection est descendante, frappant d'abord le rein, grâce à l'apport du bacille par le sang, et descendant de là vers les voies urinaires inférieures (1). »

Goodall (07) cite l'opinion de Merckel : « Il est extrêmement probable que, malgré les résultats expérimentaux positifs de Gorovitz, Gaertner, Baumgarten et Cornil, beaucoup de cas de tuberculose génitale, considérés comme inoculés par le coït, ne pourraient résister à une critique scientifique, et, forcément, je suis amené à conclure que la tuberculose pelvienne de cette origine existe à peine. »

Enfin, la conclusion de ce paragraphe sera empruntée à Lenormant (09) : « Il ne faut pas, du reste, attacher trop d'importance à cette discussion pathogénique. La tuberculisation ascendante, la tuberculisation par le coït de l'appareil génital de la femme, si elle existe (ce que je crois douteux), doit être infiniment rare ; comme le dit Amann :

---

(1) Mosny et Bernard. — Article tuberculose du *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*. T. V.

« parmi les voies d'inoculation de la tuberculose génitale » chez la femme, la voie sanguine seule a été démontrée » d'une façon certaine. »

B. Raisons de la Fixation du Processus

L'arrivée du bacille de Koch dans la trompe et dans l'ovaire, quel qu'en soit le mécanisme, n'est pas une raison suffisante de production d'une tuberculose annexielle. Le bacille peut être détruit ou éliminé ; il peut aussi se fixer, s'implanter dans les tissus et y déterminer des lésions pathologiques. Quelles sont les circonstances favorables à cette germination du processus bacillaire ?

De tout l'appareil génital, c'est la trompe qui est de beaucoup le siège le plus fréquent de la tuberculose. Toutes les statistiques s'accordent là-dessus. L'ovaire, qui vient ensuite, est déjà beaucoup moins atteint.

a) *Raisons anatomiques.* — Elles expliquent, dans une large mesure, cette prédilection de la tuberculose pour la trompe. La position horizontale et les sinuosités de la trompe (Hégar), la multiplicité de ses replis muqueux, facilitent la stagnation des liquides dans sa cavité et amplifient considérablement les contacts possibles entre les bacilles et la paroi. La trompe se comporte presque à cet égard comme une cavité close (Bernheim, 00 ; Cousyn, 03). « Le bacille tuberculeux, dit Sippel (Leuret, 04, page 45), peut y prendre son temps, car il en a besoin, c'est un paresseux garçon. » L'épithélium paraît y être plus fragile que celui de l'utérus et surtout que celui du vagin. « Comme les amygdales, dit Lucy (07), les replis de la muqueuse tubaire

saisissent et fixent les corps étrangers qui passent auprès d'eux. »

Telles sont les raisons générales qui expliquent la prédominance de la salpingite sur les autres localisations tuberculeuses. Quelles sont les raisons particulières par lesquelles, dans un cas donné, on explique que cette localisation ait été réalisée ?

La tuberculose a besoin, pour s'implanter, d'une *suppression* momentanée ou durable, mais en tous cas *un peu prolongée, des défenses naturelles*. Cela peut résulter d'un état inflammatoire, d'une dystrophie, de la présence d'une production néoplasique.

Il est un fait reconnu que les *inflammations aiguës* préparent, dans bien des cas, la tuberculisation d'un organe, soit, par exemple, la cystite blennorrhagique à laquelle succède une tuberculose vésicale. Les tissus, modifiés par une première lutte, perdent de leur capacité de résistance. Dans la trompe, les inflammations agissent par la desquamation de l'épithélium qu'elles provoquent (Bernheim, 00). L'épithélium cilié est une bonne défense contre le bacille tuberculeux, c'est quand il est tombé que l'invasion se fait, dans les trompes comme dans les bronches (Marcy, 05). Cette influence de la dénudation des tissus sous-jacents est mise en évidence (en dehors de toute inflammation) dans l'inoculation tuberculeuse de l'utérus puerpéral. Des lésions inflammatoires nettement constituées, comme les pyosalpinx gonococciques ou puerpéraux peuvent secondairement s'infecter de tuberculose (Simmonds, 09) ; il en est de même des hydrosalpinx (Schroeder, in Murphy, 03).

Le gonocoque est l'agent auquel succède le plus fréquemment le bacille de Koch. Les deux microbes peuvent se

rencontrer simultanément : Williams, Saulmann (1), Péraire (03), (voir obs. 1). On a trouvé aussi l'association avec le pyocyanique :

13. Howard S. Dittrick. — *Americ. Med.*, mai 1902, d'après *Rev. de la Tub.*, 1902, p. 333.
Salpingite tuberculeuse avec preuve bactériologiqne.

Femme, 21 ans. Augmentation de volume des annexes droites. Adhérences à gauche. Hystérectomie et castration double. Trompe droite dilatée, oblitérée à l'extrémité, contenant du pus. Trompe gauche atrophiée fermée à l'extrémité péritonéale. Quelques tubercules sur le péritoine du petit bassin. Dans le pus, on caractérisa le bacille de Koch et le b. pyocyanique. Histologiquement, lésions caractéristiques de la tuberculose. Suites opératoires excellentes, mais progression des lésions pulmonaires antérieures.

L'association avec le streptocoque est indiquée par Gandy (03), voir obs. 32 ; avec diverses bactéries par Celler (04), (voir observation 97).

La syphilis a été aussi considérée comme capable de préparer les trompes à l'infection tuberculeuse (Bernheim, 00 ; Martin, 02).

Les *états dystrophiques* du tractus génital constituent une prédisposition à sa tuberculisation. Hégar, Alterthum, ont attiré l'attention sur ce fait, signalé par Voit. Alleaume (08) l'a étudié dans sa thèse. Merletti, sur 500 tuberculeuses, en trouve à l'autopsie 80, qui présentaient des troubles de développement génital et parmi lesquelles 24 avaient de la tuberculose génitale. Ces dystrophies consistent spécialement en permanence de l'état infantile :

(1) *In* thèse Gorovitz.

voir obs. 34 (Stein, 04), en atrophie utérine : voir observation 78 (Archambault, 07), en sténose du col amenant la rétention des règles :

14. Henkel. — *Soc. Obst. et Gyn.*, Berlin, juin 1903, d'après *Rev. de Gyn. et Ch. abd.*, 1904, p. 120.

Malade de 20 ans. Présente chaque mois de vives douleurs abdominales et lombaires, sans écoulement sanguin. Diagnostic : Sténose du col utérin avec hématométrie. Rétroflexion adhérente.

On essaie de cathétériser l'utérus, mais cela est impossible. La malade étant morte quelques jours après de méningite tuberculeuse aiguë, on trouva des foyers tuberculeux dans l'utérus et dans la trompe gauche.

Il peut y avoir aussi de l'atrésie du vagin (Boldt, 04. Voir obs. 7) (1).

15. Gersung. — *In* Murphy, *Am. Journ. of Obst.*, 1903, T. 48, p. 742.
Atrésie du vagin. Tuberculose vagino-utéro-tubaire.

Gersung enleva l'utérus, les annexes et une partie du vagin à une femme de 19 ans, atteinte d'atrésie vaginale congénitale. Le vagin et l'utérus distendus contenaient près de trois litres de liquide gris-jaunâtre. La muqueuse des trompes, de l'utérus, du vagin, était caséeuse et contenait des cellules géantes. Les trompes, quoique courtes et présentant des nodosités, avaient leurs orifices perméables.

Les troubles anatomiques peuvent se traduire par l'aménorrée.

---

(1) Voir une observation analogue dans la thèse d'Alleaume (08), n 1.

16. T.-B. Grimsdale. — Résumée. — *The Lancet*, 27 avril 1907, p. 1181.

Femme de 29 ans, jamais réglée, douleurs lombaires régulières, deux jours par mois. Bonne santé, rien aux poumons. Série de cicatrices probablement d'origine bacillaire. Bon développement général, habitus extérieur de robuste santé. Au toucher, utérus élargi, mobile. A gauche, on sent une tuméfaction allongée, bien limitée. L'hystéromètre n'entre que de 3/4 de pouce. Diagnostic probable : Malformation utérine et hématométrie. Laparotomie, castration. Les deux trompes sont distendues de pus épais. Dans la paroi et la cavité utérine, il y a des dépôts caséeux.

La rétroflexion et la rétroversion permanentes sont également des signes de troubles dans le développement anatomique de l'appareil génital.

La relation entre ces hypoplasies et la localisation tuberculeuse, est fonction de causes générales qui sont l'infériorité organique de règle chez la plupart des malformés, tenant à la déchéance héréditaire qui pèse sur eux et se traduit principalement par le faible développement du système artériel et de causes locales, telles que la rétention sanguine en hématométrie, fournissant un milieu de culture aux agents microbiens, la suppression dans l'utérus du « coup de balai » menstruel (Alleaume, 08).

Si l'appareil génital est le siège, au moment de son infection, de *néoplasmes*, en particulier de kystes mucoïdes de l'ovaire, ou de myomes utérins, ces points étant ceux qui réalisent le plus les conditions de nutrition anormale et défectueuse, sont aussi ceux où la tuberculose a tendance à se fixer. Un kyste de l'ovaire ne crée pas une prédisposition à la tuberculose génitale, mais si celle-ci se manifeste, ce sera de préférence au niveau du kyste. Rémy en réunit 17 cas en 1905. Voir plus loin, page 78, les observations

plus récentes de Celler, Logothétopoulos, Pollosson, Tusini. Glockner (04) a publié un cas de carcinome ovarien associé à de la tuberculose. Archambault (07) et Lenormant (09), ont constaté l'association de salpingite tuberculeuse et de myomes utérins, ainsi que Renaud (08). Voir aussi, à ce sujet, in Martin (05), les observations IX (Pollosson) et LXIII (Penrose-Beyea) ; in Chaufton (05), les numéros I (Walther), LXI (Claisse-Dartigues) ; in Alleaume (08), le numéro VI (Dickinson).

Dans un cas de Tédenat (obs. 98), la tuberculose salpingienne était associée à un fibrome de l'ovaire.

Au niveau de la trompe, le siège initial des lésions paraît déterminé par les conditions anatomiques de l'irrigation artérielle. Dervaux (03) conclut de son analyse que les foyers sont aux points les plus richement vascularisés, et cela est conforme aux modes habituels de localisation du processus bacillaire. Pour Murphy (03), les foyers initiaux siègent aux points normalement rétrécis.

Les points pathogéniques déterminés pour la trompe sont valables pour l'ovaire : les inflammations antérieures, et plus spécialement la périovarite que l'ovarite, les aplasies (Hégar), les tumeurs kystiques sont également des circonstances qui fixent le processus tuberculeux sur l'ovaire. Les corps jaunes étant les points les plus richement vascularisés sont aussi ceux que la tuberculose envahit de préférence (Cornil, 05).

b) *Raisons tirées de l'état fonctionnel.* — Si la vascularisation est dans l'ordre anatomique un facteur important de la détermination topographique de la tuberculose annexielle, il est facile d'admettre que dans l'ordre fonctionnel les *phénomènes congestifs* jouent un rôle pathogénique de fixation assez notable. Aussi suffira-t-il d'é-

numérer les principales occasions de congestion pelvienne pour en voir la relation avec la tuberculose annexielle.

A la *puberté,* la congestion de développement, de formation menstruelle, coïncide avec la date où la tuberculose annexielle commence à devenir moins rare. L'intensité de ces phénomènes congestifs se marque chez les prédisposées, chez les lymphatiques et les scrofuleuses, par la leucorrhée catarrhale qui se retrouve fréquemment dans les antécédents de ces malades (Dervaux) (1).

Pendant la *période sexuelle,* les occasions de congestion pelviennes ne manquent pas : le coït et aussi la masturbation, et surtout (Amann, 02) le coït incomplet, la grossesse, les subinvolutions avec déviations, flexions, rétroversions à la suite d'accouchement.

Enfin, la période sexuelle est aussi celle des infections génitales, toutes congestionnantes et dont l'analyse a été faite ci-dessus.

En résumé, la tuberculose annexielle est rarement la première lésion que présente l'organisme, mais elle est assez souvent celle qui se manifeste d'abord par des signes cliniques. La contamination des annexes peut se faire, et se fait, par différentes voies, mais avec une inégale fréquence.

La tuberculose secondaire, consécutive à des lésions tuberculeuses préalables, est amenée aux annexes par la voie sanguine dans la plupart des cas, et quelle que soit la source des bacilles ainsi embolisés. L'origine hématogène est de plus en plus admise au détriment des autres modes de

(1) On peut signaler, en passant, et sans y attacher d'importance, l'opinion de Snow (03) que le port du corset a un rôle dans la pathogénie de la tuberculose annexielle par la congestion pelvienne qu'il détermine !

contamination, qui sont encore cependant considérés comme possibles.

Les relations pathogéniques entre le péritoine et les annexes, spécialement les trompes, paraissent réciproques et aux faits d'infection tubaire par une péritonite bacillaire, on peut opposer des faits non moins certains d'inoculation du péritoine par les trompes.

La propagation par les voies lymphatiques se fait dans les adhérences de péritonite, ou dans l'épaisseur du ligament large, dans ce cas à la suite de lésions vaginales ou cervico-utérines.

La propagation ascendante des lésions par voie muqueuse est rare, à cause de la rareté des lésions tuberculeuses du vagin, ou de l'endométrite tuberculeuse primitive. Quelques cas cliniques plaident cependant en faveur de son existence.

Il semble démontré, anatomiquement, que les annexes peuvent être le premier foyer tuberculeux de l'organisme, mais néanmoins la tuberculose primitive de ces organes paraît être une rareté. Il est incertain qu'elle se réalise par voie sanguine. On a incriminé le coït comme mode de contagion tuberculeuse ascendante. On a démontré la possibilité de ce mode, mais un doute persiste sur son existence réelle.

La fixation et l'évolution des bacilles au niveau des annexes s'expliquent par des raisons anatomiques (en particulier pour la trompe), soit normales, soit pathologiques, de nature à faciliter la pénétration du bacille dans les tissus et à limiter les moyens d'action de la défense organique, et par des raisons physiologiques ou dynamiques parmi lesquelles tiennent le premier rang les phénomènes congestifs de la menstruation, de la vie génitale et des processus inflammatoires.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose annexielle présente un grand nombre de lésions se rattachant les unes aux autres par des formes de transition et qu'il est un peu arbitraire d'isoler distinctement en types bien nets. Une division schématique peut être faite en examinant successivement les lésions au niveau du péritoine annexiel, au niveau de la trompe, au niveau de l'ovaire. Il importe tout d'abord de se rendre compte de la *fréquence relative* de ces localisations.

Le **péritoine pelvien** est très fréquemment atteint en même temps que les annexes. Parmi les 70 observations relevées pour ce travail, où l'état du péritoine est nettement indiqué, il ne s'en trouve que 11 où ces lésions fussent nulles ; tandis que 32 fois on signale des granulations, des tubercules, de l'ascite, et 27 fois des adhérences viscéro-pariétales.

Dans le tractus génital, la tuberculose frappe la **trompe** avec prédilection, puis l'utérus, puis les ovaires. Le col, le vagin, la vulve sont atteints beaucoup moins souvent. Voici quelques chiffres : Findlay trouve la trompe prise 57 fois sur 67 cas de tuberculose génitale (Andrews, 03). La statistique du Brompton Consumpt. Hospital donne :

Trompes 80 0/0, utérus (corps) 29, ovaires 22,5, col utérin 6 (Berkeley, 03). Sur un relevé de 43 cas, Mlle Schakoff (03), indique la trompe dans 83 0/0, l'utérus dans 55, l'ovaire dans 11 ; la trompe était atteinte isolément 23 fois et l'ovaire 2 fois seulement. Avec Simmonds (09), la proportion des formes salpingiennes s'élève à 85 0/0, avec Goodall (07), à 90 0/0 ; enfin, dans le présent relevé, sur 93 cas, il en est un seul où l'intégrité des trompes soit affirmée ; quant aux ovaires, leurs lésions sont signalées 38 fois et leur intégrité 9 fois.

A. Péritoine pelvien. — Ses lésions peuvent consister, soit en *granulations ou tubercules* répandus en surface, soit en *adhérences,* d'ailleurs elles-mêmes farcies de tubercules et sièges de dégénérescence à divers degrés.

Dans les formes à granulations ou tubercules, il s'agit fréquemment de lésions en surface, toutes contemporaines, c'est-à-dire à des stades d'évolution identiques. Les organes restent libres, leur surface, comme celle des parois pelviennes, est semée de petites granulations grises ou jaunes ; leur volume est celui d'une tête d'épingle à un pois; exceptionnellement on a vu des tubercules gros comme des noisettes (Tédenat, 09). Elles sont isolées les unes des autres, quelquefois confluentes. Le maximum de densité des éléments tuberculeux se trouve sur les trompes et au voisinage de leur orifice externe. Quelquefois, ils se disposent en traînées rayonnantes autour de cet orifice. A mesure qu'on s'éloigne du petit bassin, les lésions s'espacent et le plus souvent elles ne se montrent plus au-dessus de l'ombilic. Quand les granulations existent aussi dans les régions sus-ombilicales, leur origine n'est pas génitale ; ce processus est la signature d'une infection péritonéale hématogène où la localisation annexielle perd toute impor-

tance et tout intérêt. Cette forme s'accompagne le plus souvent d'épanchement de liquide jaune citron, transparent et fluide, dont la quantité n'est pas en rapport avec les lésions péritonéales (Bouilly, in Gorovitz, 00). Les grands épanchements peuvent ne s'accompagner que de lésions insignifiantes en apparence, celles-ci siègent alors au tiers externe de la trompe, quelquefois dissimulées dans les franges du pavillon tubaire ; elles suffisent dans certains cas à provoquer la récidive de l'ascite, après laparotomie. Ce liquide est le plus souvent cloisonné par des adhérences lâches, molles et vélamenteuses, translucides et jaunâtres, qui limitent sa mobilité. L'examen cytologique du liquide ne donne pas une formule très caractéristique : Tuffier et Milian ont trouvé 78 lymphocytes pour 11 polynucléaires et 11 cellules endothéliales (Dupré et Ribierre, 09).

La pelvi-péritonite adhésive, plus fréquente, en dehors de l'adolescence, est constituée par un ensemble de lésions où se retrouvent les processus de granulations, d'adhérences solides, de dégénérescence caséeuse en nodules aboutissant par extension et ulcérations à la formation de poches à contenu ramolli, puriforme d'abord, puis purulent. Ces abcès froids empiètent sur les parenchymes viscéraux, créent des pseudo-kystes péritonéo-tubaires, péritonéo-ovariens, et aboutissent assez souvent à la perforation des organes creux, vessie ou rectum.

L'étendue des lésions est très variable : elles peuvent intéresser aussi l'intestin, l'épiploon, et alors l'origine annexielle ne se marque que par le degré plus avancé des lésions tubo-ovariennes ; ou bien, au contraire, les lésions péritonéales ne sont qu'accessoires et surajoutées aux lésions annexielles proprement dites, formant autour des trompes les masses plastiques de la périsalpingite, noyant

l'ovaire dans une coque de périovarite et ne s'étendant pas au-delà.

L'aspect de ces lésions adhésives est rarement caractéristique : les adhérences sont courtes, dures, tenaces, congestionnées comme les organes qu'elles unissent ; on y voit, mais rarement, quelques points jaunes en tête d'épingle ; elles limitent des loges à contenu séreux ou séro-purulent. Une disposition intéressante consiste dans la fermeture du petit bassin par un plafond d'adhérences sous lequel les organes restent à peu près libres, dans un pseudokyste rempli de liquide jaunâtre (Dervaux, 03). Le plus souvent, les organes sont intimement unis et difficiles à distinguer ; le fond utérin n'émerge pas, le cavum préutérin peut être comblé par les adhérences aussi bien que le Douglas.

Les diverses phases de cette évolution anatomique sont: l'invasion de la séreuse au niveau de la trompe sous forme de granulations (que le processus soit hématogène ou transpariétal), ou à l'orifice tubaire par propagation de lésions préexistant sur la muqueuse ; extension au péritoine pelvien par voisinage ; production d'adhérences. A partir de ce moment, deux processus sont possibles : évolution vers l'abcès froid, ulcéro-caséeuse ; évolution régressive limitative, fibreuse, tendant à l'organisation cicatricielle des adhérences. Ces deux ordres de phénomènes coexistent et l'on peut constater ainsi des abcès enkystés par le processus fibreux. (Obs. 66, Zanfraguini, 08.)

Quelques observations signalent des formes spéciales et exceptionnelles de la tuberculose péritonéale : tubercules verruqueux gros comme des noisettes, papillomes longs de quatre à dix millimètres, isolés ou par petits groupes (Tédenat et Romant, 09 ; obs. 99, 100).

Spinelli (02) a signalé l'existence de pelvipéritonites tuberculeuses à forme lardacée nodulaire simulant le néoplasme malin.

B. Trompes. — Elles sont tuberculeuses dans 80 à 90 pour 100 des cas de tuberculose génitale. Le plus souvent, les lésions sont bilatérales : dans 8 cas sur 10, d'après Schramm, dans 5 sur 6 d'après le relevé de Martin (05), dans 6 sur 7 d'après les observations réunies ici. Si l'unilatéralité d'une salpingite indique un diagnostic de tuberculose (Terrillon), il n'est pas inversement exact que la tuberculose se manifeste principalement par des salpingites unilatérales.

1° *Aspect macroscopique.* — Les trompes tuberculeuses présentent le plus souvent l'aspect de salpingites banales, puisque souvent le diagnostic est fait seulement au microscope : « unsuspected tuberculosis » de Williams. Il est donc inutile d'insister sur le volume très variable, depuis la trompe scléro-atrophique jusqu'au pyosalpinx contenant deux litres de pus (Stehmann, in Murphy, 03), sur la forme contournée par suite de l'inégale hypertrophie du contenant séreux et du contenu, sur la chute de la trompe hypertrophiée dans le cul-de-sac de Douglas, sa fixation par des adhérences (périsalpingite, périsalpingo-ovarite). Il faut seulement relever les points qui ont paru plus spécialement dus à la nature tuberculeuse, en déclarant, dès l'abord, qu'il n'y a là rien de pathognomonique.

Le maximum des lésions est aux deux extrémités de la trompe, simultanément ou isolément. L'isthme est assez souvent le siège de nodules (Hégar) volumineux, uniques ou échelonnés en chapelet et distendant la trompe comme

si une bille à jouer avait été poussée dans son intérieur. Ces nodules sont de couleur gris jaunâtre, jaune de cuir de botte (Riche, 93) ; leur consistance est ferme ou ramollie, suivant le stade évolutif qu'ils ont atteint. — La région ampullaire est prise plus fréquemment ; le pavillon est tuméfié, rouge, les franges sont agglutinées ; l'extrémité tubaire est comme une « anémone de mer aux tentacules rétractés » (Lucy, 07).

La béance du pavillon, indiquée comme bon signe de tuberculose par Cullen (03), n'existe que dans la moitié des cas (Simmonds, 09). Quand l'orifice abdominal reste ouvert, les sécrétions tubaires — et en général il s'agit de caséum puriforme — peuvent se déverser dans le péritoine (Murphy, 03), qui est ainsi inoculé secondairement (Lucy, 07). La fermeture de l'ostium abdominale favorise le développement des collections salpingiennes. Elle se fait, soit par l'adhérence des franges, soit par le développement de tubercules fibreux volumineux dans la portion externe de l'ampoule. De même, l'orifice utérin peut rester ouvert, donnant passage aux sécrétions dans l'utérus, d'où endométrite tuberculeuse et pertes purulentes ; dans la plupart des cas il est fermé.

Les divers types de lésions se rangent, d'après Williams (92), en : forme miliaire, forme chronique fibreuse forme chronique diffuse. A cette classification, basée sur l'histologie, on peut préférer une division basée sur des caractères macroscopiques, d'après le siège des tubercules. Il y aurait ainsi un type séreux, un type muqueux, un type interstitiel.

Les manifestations purement **séreuses** superficielles, extérieures, ne constituent que de la périsalpingite et se rattachent aux lésions du péritoine pelvien. Il est toutefois possible que, seule, la trompe présente des granulations.

Le plus souvent, il se développe de la périsalpingite, soit adhésive simplement, soit abcédée (Jamin et Violet, 04).

Les lésions limitées à la **muqueuse** comprennent : une *forme aiguë catarrhale,* avec petites granulations autour des vaisseaux dans la couche choriale, infiltrée de cellules rondes, l'épithélium est conservé (Simmonds, 09) ; une *forme hypertrophiante* avec épaississement considérable de la muqueuse, et augmentation de ses franges, qui ont une tendance à s'accoler, à se fusionner, en limitant de petits kystes. La muqueuse, partiellement respectée sécrète abondamment. L'aspect est quelquefois celui de fongosités ; l'hypertrophie de l'épithélium donne, dans d'autres cas, lieu à la production de pseudo-néoplasmes d'aspect adénomateux (Wolff) (1). Ce processus, signalé dans la tuberculose des muqueuses par Landau et Reinhstein (2), par Mauclaire et Weinberg (3), par Weinberg et Arnal (03), ne lui est pas exclusif. Stein (04) l'a rencontré dans 2 salpingites gonococciques et l'attribue à un décollement partiel de l'épithélium. Il y a enfin une *forme de nécrose superficielle,* quelquefois caséeuse, quelquefois d'aspect banal, avec production d'un liquide fort riche en bacilles (Simmonds, 09).

Les lésions **interstitielles** isolées lorsque l'infection est hématogène et à son début, sont, en général, une étape de la propagation des lésions de la muqueuse vers la séreuse ; elles sont donc le plus souvent associées. Elles produisent une hypertrophie de la trompe par épaississement de ses parois avec conservation ou dilatation de la

(1) Wolff. *Arch. f. Gynœck.* Bd. LII.
(2) Landau et Reinhstein. *Arch. f. Gyn.* XXXIX.
(3) Mauclaire et Weinberg. *Soc. Anat.* 23 mai 190?.

cavité tubaire. Il convient donc d'envisager successivement la paroi et le contenu.

La *paroi* est toujours épaissie par infiltration de follicules tuberculeux dans la musculeuse et la sous-muqueuse, le long des vaisseaux ; ou bien la répartition des lésions est uniforme le long de la trompe, qui est alors comparée à un doigt, à une banane, à une aubergine, ou bien elle se fait par segments en nodules plus ou moins distincts. L'épaisseur de la paroi peut atteindre, exceptionnellement, plusieurs centimètres (4 à 5 travers de doigt dans une observation de Tédenat, n° 42) ; le plus souvent, elle est doublée ou triplée de ses dimensions normales. Anatomiquement, on trouve, comme variétés : l'*infiltration diffuse crue,* dense, uniforme, à coupe jaunâtre sèche ; les *nodules caséifiés,* multiples, ouverts à la surface muqueuse par des ulcérations, quelquefois serrés les uns contre les autres, comme dans la paroi d'un abcès froid, où la muqueuse a disparu, et constituant, en effet, une coque périkystique dans le cas de pyosalpinx ; la *forme fibreuse,* avec également des tubercules, mais non caséifiés, disséminés et isolés les uns des autres par une gangue épaisse de tissu fibreux. Cette dernière forme est l'indice d'un processus actif de cicatrisation.

Si les orifices tubaires sont perméables, les parois ci-dessus décrites bordent une lumière étroite, encombrée seulement de masses caséeuses et de végétations épithéliales, restes des franges muqueuses soudées entre elles ou partiellement érodées. Si, au contraire, les orifices sont fermés, la lumière de la trompe se dilate en pseudo-kyste, et ce salpinx est le plus souvent purulent, quelquefois hémorragique ou séreux.

Le *pyosalpinx tuberculeux* est fréquent — 32 sur 103 cas. — Le liquide contenu est du caséum liquéfié, du pus

séro-grumeleux, quelquefois du pus bien lié, surtout s'il s'est produit de l'infection secondaire. Il tient en suspension des flocons fibrineux provenant de la couche de nécrose par coagulation qui se détache des parois. Ce contenu est quelquefois très abondant : un demi-litre dans le cas de Jaboulay et Patel (obs. 69) ; 850 grammes de pus huileux et spontanément coagulable dans un cas de Violet (obs. 70). D'après Jamin et Violet (04), les pyosalpinx tuberculeux seraient parmi les plus volumineux. Targett (03), qui décrit leur contenu mélicérique, fait remarquer que le pus en est habituellement stérile ; il signale aussi la rareté des adhérences autour des pyosalpinx volumineux, ce qui est dû à l'absence de propagation des lésions jusqu'à la séreuse, et qui facilite la production des phénomènes de torsion (obs. 72, Pompe von Merdervoot). Simmonds (09) estime que les pyosalpinx ne sont pas primitivement tuberculeux, mais que le bacille de Koch vient infecter des poches purulentes d'origine gonococcique ou streptococcique, secondairement stériles. On peut être amené à confondre les pyosalpinx proprement dits avec des abcès pelviens périsalpingiens d'aspect analogue, mais où ne se retrouvent pas les éléments caractéristiques de la paroi tubaire. L'ovaire peut être libre de toute adhérence avec les pyosalpinx ; plus souvent il est adhérent et participe même quelquefois à la formation d'un abcès tubo-ovarien, par fusion et nécrose des deux parois adhérentes.

Les *hématosalpinx* d'origine bacillaire sont beaucoup plus rares. L'observation 76, de M. Soubeyran, nous signale de vastes cavités formées aux dépens des deux trompes, remplies de caillots partiellement adhérents à la paroi, et celle-ci infiltrée de petites hémorragies.

Weinberg (03) a cité un cas analogue de Walther. Il ne

faut pas confondre ces hématosalpinx, où l'épanchement de sang résulte de la congestion péritubereuleuse, avec les poches sanguines de grossesse tubaire, dont la tuberculose est quelquefois le facteur déterminant.

Les *hydrosalpinx* peuvent être d'origine tuberculeuse (Albertin, 08 ; Lea, 05) ; ils représenteraient un des degrés les plus atténués des lésions tuberculeuses. Ultérieurement, les lésions peuvent évoluer ; les bacilles deviennent décelables, puis le liquide devient purulent et l'hydrosalpinx se transforme en abcès froid.

Lucy (07) admet une évolution inverse : pour lui, beaucoup d'hydrosalpinx sont de vieilles collections tuberculeuses, où l'inflammation a cessé et qui, par l'effet du temps, sont devenues stériles.

2° *Aspect microscopique.* — Au point de vue microscopique, ces diverses lésions ont comme élément commun la granulation typique ou le tubercule ; leur variété provient de la répartition des lésions fondamentales et des réactions qu'elles provoquent dans les tissus. L'aspect habituel est le suivant :

La zone musculeuse est épaissie, les vaisseaux y sont dilatés et bordés de follicules. La muqueuse présente ou bien des végétations privées d'épithélium et gonflées de nodules de cellules rondes ; ou bien elle est abrasée, et à sa place se voit une zone continue de cellules rondes avec de place en place des cellules géantes et des groupes de cellules épithélioïdes. La surface interne de cette muqueuse présente le plus souvent une couche de fibrilles fibrineuses qui témoignent de la dégénérescence locale qui se fait.

Suivant l'évolution ultérieure, il apparaît des zones de dégénérescence caséeuse, ou des bandes et tractus de tissu

fibreux sec et dense. Dans ce dernier cas, il se surajoute quelquefois des phénomènes de calcification qui incrustent de sels de chaux quelques tubercules et peuvent aboutir à la formation « d'os tubaire ». Ces cas ne sont pas très rares : Mlle Gorovitz (00) en indique quelques-uns ; Cornil, Delagenière en ont présenté à la Société anatomique (1890) ; depuis cette époque, on peut citer les suivants : Strassmann, Brôse (06), Mlle Schakoff (03), ont trouvé des produits calcifiés dans des trompes tuberculeuses guéries. Voir aussi, dans l'observation 41, un cas de Tédenat ; voici les observations de Strassmann et de Mlle Schakoff.

17. Strassmann. — *Geselt. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, juin 1906, d'après le *Zentralblatt. f. Gyn.* — 1906, p. 1099.

Présentation de pièces. Concrétion tubaire trouvée par ablation d'un kyste tubo-ovarien au cours d'une péritonite tuberculeuse.

Depuis quelques mois, typhlite. L'appendice était enflammé et hypertrophié. Aucun signe antérieur de perforation qui aurait pu faire présumer le passage d'un calcul dans la trompe. Le diagnostic de phlébolithe est exclu. Il est possible que cela résulte d'une tuberculose de la trompe guérie et que cette pierre soit un produit tuberculeux calcifié.

18. M. Schakoff. — (Résumée). Thèse de Genève, 1903.

Tuberculose tubaire avec calcification. 20 ans. Tuberculose pulmonaire et utérine. Trompe gauche longue de 10 centimètres. Pavillon et ovaire perdus dans des adhérences. Nodosités échelonnées constituées par une masse blanchâtre. Trompe droite un peu plus courte avec épaississement fusiforme à la partie moyenne. Les trompes contiennent de la matière caséeuse, la muqueuse

n'existe plus. Dans l'épaisseur de la paroi, foyers de cellules épithélioïdes et lymphoïdes.

« Une coupe sur le milieu de la trompe droite ne montre pas la lumière de la trompe. A la place se trouve une formation qui a l'air de tissu osseux. On voit nettement un anneau de trabécules osseux, circonscrivant un espace rempli de tissu très riche en vaisseaux, et en cellules adipeuses ressemblant à la moelle osseuse. »

C. Ovaires. — La localisation ovarienne est plus rare que la salpingienne. Elle se rencontrerait dans la tuberculose génitale, d'après Spaeth, 12 fois sur 100 ; d'après Mlle Schakoff (03), 11 fois ; d'après Berkeley (03), 22 fois ; d'après Orthmann, 33 fois ; soit une moyenne de 15 à 20 0/0. Beaucoup d'observations publiées d'ovarite tuberculeuse — et il y en a plus de 200 (Jamin et Violet, 04) — ne résistent pas à une étude critique : Guillemain, en 1894 ne retenait que 13 cas (sur 53), où l'examen microscopique décelât à la fois l'existence de tissu ovarien et de lésions tuberculeuses. Les autres cas seraient douteux, ou bien quant à la nature des lésions, ou bien quant à leur siège, car la périovarite adhésive simule très bien macroscopiquement l'ovarite vraie. On trouvera ici (1) 13 cas où l'ovarite paraît certaine. Sept autres cas sont indiqués par Goodall (07), Glockner (04), Tomson (04), Arnold Lea (03). Cornil, en 1905, en avait examiné 9 cas.

L'ovarite tuberculeuse n'est jamais primitive (Veit, 02). Elle est rarement isolée d'autres manifestations tuberculeuses de la zone pelvi-génitale : des cas en ont été vus par Oppenheim, Spaeth (in Murphy, 03) ; Glockner, en 1904, n'en connaît que trois cas : William, Wolff, et lui-même. Toutefois, il y a aussi les cas de Geurmell (02), d'A.

(1) Voir : 9, 19, 29, 30, 31, 51, 56, 57, 59, 81, 91, 96, 97.

Léa (03). Plus récemment, Tomson (04), Goodall (07), en ont aussi signalé.

L'invasion des lésions se fait par voie sanguine : Schötlander l'a réalisée expérimentalement (Murphy, 03), ou par voie péritonéale à la suite d'un processus de périovarite. Orthmann a décrit un cas où l'invasion se fit d'une frange tubaire à un corps jaune adhérent. D'après Murphy (03), l'inoculation se fait souvent sur un follicule de Graaf, au moment de sa rupture. Le processus d'invasion par périovarite a été décrit par Cornil (05), avec détails : Le péritoine est adhérent à la surface de l'ovaire et s'enfonce dans les dépressions sous forme d'un coin par des tractus fibreux d'adhérences envahies de follicules tuberculeux. Par suite de l'intimité de ces adhérences, il peut arriver qu'un follicule primitivement péritonéal empiète sur le tissu ovarien et s'y étende ; de là, les tubercules se généralisent dans l'épaisseur de la zone superficielle. En dehors des zones d'adhérence immédiate, la périovarite respecte le revêtement d'épithélium germinatif (Milian, 05).

1° *Aspect macroscopique.* — Au cours d'une tuberculose pelvi-annexielle, l'ovaire peut être *sain et libre,* ce qui est rare ; il peut être *sain, mais encapsulé* dans des adhérences de périovarite encore jeunes et qui n'ont pas eu le temps de l'envahir ou d'y déterminer des lésions dystrophiques, cela aussi est rare. Les lésions dystrophiques, non spécifiquement tuberculeuses, consistent en *scléroses.* Elles sont dues à l'endartérite ; suivant les cas, il y a dégénérescence folliculaire, état fibromateux de l'ovaire, état sclérokystique. Ce dernier état, qui s'observe assez fréquemment chez les tuberculeuses pulmonaires, serait peut-être l'effet d'une tuberculose ovarienne très atténuée (Tixier, 05). Dervaux (03) signale la possibilité de lésions tubo-

ovariennes alternes, c'est-à-dire lésions tubaires d'un seul côté avec sclérose de l'ovaire de l'autre côté. Enfin, l'ovaire présente des lésions *histologiquement tuberculeuses.*

Il est alors augmenté de volume, pouvant atteindre 12 centimètres sur 7, avec un poids de 450 grammes, comme dans le cas de tuberculose hypertrophique de l'ovaire de Tédenat (voir n° 19). La périovarite est constante d'après Guillemain, elle donne une surface bosselée, irrégulière, quelquefois végétante et fongueuse.

Toutefois, Lœwy et Leuret (03) ont publié un cas où l'ovaire paraissait sain, malgré l'existence sur la coupe d'abcès multiples.

Les lésions peuvent être constituées par des *granulations miliaires,* dans les cas aigus. Il arrive alors que ces lésions ne sont pas visibles à l'œil nu. Le plus souvent, il se forme des *nodules* qui évoluent par les phases de crudité, de caséification, d'abcès.

L'évolution est rapide, il est rare de ne rencontrer que des tubercules crus dès que les lésions ont donné quelque volume à l'ovaire. Murphy (03) rapporte un cas de von Franqué, où un ovaire gros comme le poing était rempli de nodules jaunes, dont quelques-uns avaient le volume d'une noix et qui ne présentaient pas de caséification.

La *caséification* se fait, en général, par nodules isolés, mais elle peut envahir tout l'ovaire ; de même pour le ramollissement puriforme : on peut avoir des *abcès multiples,* ou bien *un seul abcès froid* remplace la totalité de l'ovaire. Les abcès froids ovariens sont assez longtemps limités par la zone ovigène refoulée et condensée. Ils peuvent aussi se fusionner avec les pyosalpinx et contribuer à la formation d'une vaste poche purulente tubo-ovarienne

dans laquelle l'ovaire devient méconnaissable et difficile à identifier.

Le siège des lésions est dans la *couche corticale ovigène*, que l'invasion se soit faite par propagation ou par voie sanguine. Le maximum des lésions est sur les corps jaunes, en particulier ceux qui sont mous et vasculaires, c'est-à-dire récents. Les follicules de Graaf peuvent aussi être le siège des lésions initiales, mais cela est plus rare.

2° *Aspect microscopique.* — Au sein du tissu conjonctif lâche de la couche corticale, on rencontre des îlots étendus de follicules typiques souvent confluents, qui n'ont rien de caractéristique et dont le siège ne se reconnaît que si l'on y rencontre des follicules ovigènes ou s'il y a persistance en dehors d'une bande d'épithélium germinatif, et en dedans de la couche médullaire avec ses artères hélicines, en général épaissies d'endartérite. Dans certains cas, et en particulier si les follicules de Graaf sont le siège initial, ces lésions sont un peu différentes du type banal (Cornil, 05) : les follicules tuberculeux sont plus petits, très serrés au sein d'un tissu conjonctif bourré de mononucléaires ; ils sont sphériques et centrés chacun d'une cellule géante. Ces lésions rappellent celles des ganglions lymphatiques. Les bacilles sont mis difficilement en évidence et sont rares.

3° *Variétés. Lésions associées.* — Une variété fort intéressante d'ovarite tuberculeuse est celle décrite dans l'observation ci-dessous. Il s'agit d'un cas unique jusqu'à présent de tuberculome hypertrophique de l'ovaire. Les processus hypertrophiques, pseudo-néoplasiques, de la tuberculose ont d'abord été décrits sur le cœcum, puis sur divers

organes (1) ; ils n'avaient pas encore été rencontrés sur l'ovaire. Le processus a son type spécial dû, ici, au développement des follicules en nombre et en volume, et aussi à l'augmentation des bandes conjonctives interposées entre ces follicules. Ainsi qu'il est de règle dans les tuberculomes hypertrophiques, l'aspect macroscopique différait nettement de la tuberculose banale. Cette observation est aussi intéressante par l'erreur de diagnostic qui fut faite ; le médecin avait cru à un fibrome utérin.

19. Tédenat. — Présentée par M. J. Martin à la Soc. des Sc. Méd. de Montpellier (1909). En partie d'après mes notes personnelles.

Mme J. R..., 36 ans, entre à l'hôpital, le 7 décembre 1908, avec le diagnostic de fibrome utérin.

La tumeur a été constatée, il y a deux ans. Aucune douleur abdominale, même au moment des règles. Celles-ci durent cinq jours, sont moins abondantes qu'autrefois, jamais accompagnées de caillots. Jamais de pertes blanches.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Dans les antécédents personnels, on relève : réglée à 12 ans 1/2, comme il faut, sauf un peu de retard d'un mois sur l'autre. Deux accouchements normaux, une fausse couche de trois mois, il y a quatre ans, de cause inconnue, à la suite de laquelle ont persisté quelque temps d'assez fortes métrorragies.

Constipation intense depuis quelques mois, pas de troubles de la miction. Tachycardie à 100. Rien à l'auscultation. Il y a un foyer d'ostéite bacillaire torpide sur le calcanéum gauche.

Examen gynécologique. — Rien à la vulve, ni au vagin. Le col utérin regarde un peu en arrière, il est largement déchiré en travers et à gauche. Au-dessus et dans toute l'excavation, on sent une masse arrondie, convexe, dure, qui paraît dépendre de l'uté-

(1) Forgue et Massabuau. *Presse Médicale*, novembre 1909.

rus ou, au moins, lui être très adhérente. La masse dans son ensemble est très mobile dans le sens vertical. Elle est un peu douloureuse à la pression forte.

Le 18 décembre 1908. — Laparotomie médiane. Quelques adhérences légères. On voit une tumeur de couleur gris-blanc sur le côté droit et postérieur de l'utérus qui est refoulé à gauche et en avant. La main fait le tour de la tumeur et détache des adhérences diffuses avec l'utérus auquel la tumeur tient par un ligament épais comme le petit doigt et long de deux centimètres environ. C'est le ligament utéro-ovarien qui paraît tordu. Section et ligature de ce pédicule. La trompe est adhérente à la tumeur ovarienne. Les annexes du côté droit sont en bon état. L'utérus est amputé au niveau de l'isthme pour les raisons suivantes : son tissu est jaune, il se déchire comme un tissu dégénéré. Sur la coupe d'amputation, on voit çà et là, sur le fond de couleur jaunâtre, plusieurs noyaux d'un jaune gris foncé ayant quelques analogies avec de menus foyers caséeux.

Pièce anatomique. — La tumeur pèse 450 grammes, elle mesure $12 + 7 + 5.5$. Elle est de coloration blanc nacré et présente quelques grosses lobulations. Elle adhère à la trompe droite par une de ses extrémités et occupe la situation de l'ovaire aux dépens duquel elle paraît développée. Elle est de consistance dure, mais friable ; elle s'est fissurée au cours de l'extirpation. Sur une coupe, on distingue une couche corticale épaisse de 4 à 5 millimètres, blanc nacré, présentant l'aspect habituel des fibromes. La partie centrale est jaunâtre et présente quelques géodes ; la substance qui la compose est dure et ne présente nullement l'aspect habituel de la dégénérescence tuberculeuse. La couche corticale émet quelques prolongements qui divisent la couche centrale en gros fascicules.

L'utérus gros, mou, jaunâtre, a été déchiré par la traction des pinces. Son tissu est donc très friable. Sur la coupe, on distingue quelques petits noyaux caséeux.

Le diagnostic paraît être : *Fibrome de l'ovaire* en dégénérescence graisseuse ou tuberculeuse.

Or, l'examen histologique, (Professeur Bosc) a montré qu'il s'agissait de lésions de *tuberculose hypertrophique*, sans traces de fibromatose.

Au niveau de la partie corticale, on reconnaît le tissu ovarien avec des follicules, la plupart hypertrophiés. Par places, déjà, dans cette couche corticale, on constate de petits foyers de cellules épithélioïdes, entourés de cellules embryonnaires. Très rapidement, au-dessous de cette couche de faible épaisseur, on constate des follicules tuberculeux nettement développés avec une ou plusieurs cellules géantes centrales, avec une large zone de petites cellules rondes. Ces follicules se réunissent et forment de longs placards arrondis, encore limités et constitués par des amas de cellules géantes au centre, et, dans la plus grande partie de leur étendue, par un tissu lâche formé par de fins néocapillaires, par un réticulum fin dû aux prolongements de cellules fusiformes ou étoilées, dans les mailles duquel on constate des cellules embryonnaires relativement peu nombreuses.

Entre les foyers, on note par places une réaction conjonctive assez prononcée, tendant vers la formation du tissu adulte. A mesure que l'on va vers le centre de la tumeur, il se produit un processus très prononcé de dégénérescence fibro-caséeuse, avec disparition de toute coloration.

Diagnostic : *Tuberculose de l'ovaire à développement excentrique et à dégénérescence fibro-caséeuse.*

L'utérus est atteint de tuberculose diffuse.

Peu de temps après, la malade a dû être opérée d'ostéite bacillaire du pied gauche et de gommes tuberculeuses du cuir chevelu.

La malade est revue en novembre 1909, son état général est bon, elle a engraissé. Aucun symptôme pathologique du côté de l'abdomen.

La tuberculose de l'ovaire peut s'associer à des *inflammations d'ordre banal,* et le contenu des abcès froids est souvent infecté de streptocoques ou de colibacilles. Elle s'associe également aux *néoplasies kystiques ou solides.*

La tuberculose des *kystes de l'ovaire* a été étudiée par Prüssman (03), par Rémy (05), dans sa thèse. Il réunit 17 observations, dont une inédite, et conclut : Les kystes tuberculisés peuvent se confondre avec des abcès ovariens, il

faut donc y chercher les éléments histologiques du kyste, établir leur relation avec l'ovaire, trouver des lésions nettement tuberculeuses. Le kyste préexiste, il n'est pas de nature tuberculeuse. L'infection peut se faire par voie sanguine ; le plus souvent, elle se fait par propagation. La tuberculose accélère le développement du kyste.

Quelques cas ont été publiés depuis la thèse de Rémy. Simmonds (09) en a observé quatre. Le plus souvent, il s'agit de kystes mucoïdes. Il y a deux cas de kystes dermoïdes rapportés par Glockner (04) ; Logothétopoulos (08) a observé un cas de double kyste dermoïde avec tuberculose bilatérale.

20. Logothetopoulos. — (Résumé). *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, LXI, d'après le *Zentralblatt. f. Gyn.* 08, p. 377.

Tuberculose de kystes bilatéraux dermoïdes des ovaires.

Nullipare de 27 ans. Pelvipéritonite étendue ; une colpotomie postérieure donne issue à beaucoup de pus. Nature tuberculeuse prouvée par l'examen bactériologique. Castration vaginale. Deux kystes dermoïdes ovariques de la grosseur d'une petite pomme. Dans leur paroi, très nombreuses granulations tuberculeuses microscopiques. Tubercules miliaires sur la séreuse de l'utérus et de la trompe. La tuberculose de la paroi tubaire paraissait avoir constitué le foyer initial.

21. H.-L. Celler. — (Résumé). *Am. Journal of. Obstet.*, octobre 1904. Granulie. Tuberculose d'un kyste de l'ovaire et de la trompe.

M. C..., 72 ans. Mort par asystolie. Tumeur du volume d'une tête d'enfant, paraissant venir de l'ovaire gauche.

Autopsie : Granulie, à point de départ dans les lésions minimes des sommets. Kyste de l'ovaire gauche, gros comme une tête d'adulte. Il y a des granulations sur l'extérieur du kyste et le péritoine adjacent. Ce kyste ne présente plus de structure ova-

rienne ; il adhère à la trompe. Surface extérieure semée de granulations comme des têtes d'épingles. Surface interne couverte d'un enduit caséeux, jaunâtre, avec granulations blanc jaunâtre, non confluentes...

La muqueuse tubaire est congestionnée et présente des tubercules...

Histologiquement, on trouve des lésions tuberculeuses, avec bacilles sur les deux faces de la paroi kystique, tandis que la portion moyenne est formée de tissu fibreux dense... La muqueuse tubaire est partout épaissie, infiltrée de cellules embryonnaires et présente des tubercules miliaires. Il s'agit donc de l'inoculation tuberculeuse d'un kyste de l'ovaire, antérieur.

22. Tusini. — (Résumée). *Ginecologia,* nov. 04, d'après compte rendu *Zentralblatt. f. Gyn.,* 1907, p. 1020. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire.

Femme de 21 ans, stérile. Il y a 4 ans, 2 mois après son mariage, premiers symptômes : ménorragies, dysménorrée, vives douleurs abdominales. Une colpotomie postérieure donne issue à beaucoup de pus. Evacuation spontanée de pus par la vessie et par le rectum.

Examen : Grosse tumeur à plusieurs lobes, élastique, assez molle et fluctuante par endroits.

Diagnostic : *Kyste inclus de l'ovaire gauche.* Laparotomie. Tumeur polykystique enlevée avec les annexes. Guérison.

Examen. — Outre les kystes, il y a une petite tumeur dure dont l'aspect microscopique est celui d'épithélium groupé en alvéoles.

Dans les kystes et dans la partie adénomateuse, beaucoup de tubercules, localisés au voisinage des vaisseaux, des lymphatiques et dans l'adventice des veines. Tubercules dans la paroi des deux trompes, également sur le trajet des vaisseaux.

Pour l'auteur, il y a eu tuberculose primitive des trompes. (on y trouvait les lésions les plus avancées), l'infection venue de là, exaltée sur l'activité sexuelle, s'était propagée par voie lymphatique à la sous-séreuse des ligaments larges, et aux kystes existant antérieurement.

23. A. Pollosson. — (Très abrégée) Soc. de Chir. de Lyon, 26 janvier 1905. In *Lyon Médical*, 1905. T. 104, p. 456. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire.

Femme de 32 ans. Ni enfant ni fausse couche. Début de la maladie il y a quatre ans. Depuis deux mois, douleurs abdomino-lombaires. Depuis un mois et demi, quelques pertes blanches. Il y a diminution de l'appétit, amaigrissement. Constipation.

On sent dans le ventre une grosse tumeur fluctuante, remontant presque à l'ombilic... Au toucher, on trouve à gauche le pôle inférieur de cette tumeur et à droite des masses indurées irrégulières...

Diagnostic : *Kyste de l'ovaire et annexité peut-être tuberculeuse* à cause de son passé torpide. Par laparotomie, on enlève le kyste et les annexes droites. La trompe et l'ovaire paraissent fusionnés en une seule masse, dans laquelle l'ovaire est difficile à distinguer. La trompe très épaisse présente une muqueuse enflammée ; elle contient du pus crémeux, épais.

Histologiquement : inflammation tuberculeuse chronique. Macroscopiquement, rien n'indique que le kyste présente des points envahis par la tuberculose... microscopiquement on constate dans une masse de végétations extra-kystique un tissu conjontif pourvu de follicules tuberculeux et de cellules géantes ; la partie superficielle est le siège d'une transformation caséeuse plus avancée.

24. Goullioud. — Soc. de Chir. de Lyon 1905. In *Lyon Médical*, 1905, CIV, p. 531. — Kyste de l'ovaire tuberculeux.

Femme de 21 ans. Signes de péritonite tuberculeuse. Au palper, on percevait une grosse collection fluctuante remontant au-dessus de l'ombilic.

Opération. Kyste de l'ovaire droit avec beaucoup d'adhérences. Ablation. Annexes du côté droit très indurées adhérentes à l'S iliaque, on les abandonne. La tumeur enlevée présente l'aspect extérieur des kystes de l'ovaire, mais, par transparence, on voit des noyaux jaunâtres. A la coupe, le tissu est caséeux, mais le liquide qui remplissait le kyste était séro-hématique.

Mort un mois plus tard. L'abdomen est rempli de masses caséeuses très adhérentes. Ganglions caséifiés prévertébraux.

L'examen histologique n'a pu être fait. Toutefois, l'impression est bien qu'il s'agissait de tuberculose.

L'association dans l'ovaire de tuberculose et de *tumeur solide* est une chose très rare. Glockner (04) n'a pas trouvé de cas antérieur au sien.

25. Glockner (Résumée). — Société Obst. de Leipzig, mars 04, in *Zentralblatt f. gyn.*, 04. I-702. — Carcinome et tuberculose de l'ovaire.

Jeune fille de 20 ans, état fébrile et septique grave. Sommets infiltrés. Tumeur abdominale, diagnostiquée kyste de l'ovaire avec état septicémique. Ablation vaginale de l'utérus et de l'ovaire hypertrophié. Pendant un an et dix mois, état de cachexie, puis développement des tumeurs abdominales dures.

Histologiquement, tumeur épithéliale... dans le stroma de laquelle on trouve de petits follicules, nombreux, bien nets avec, au centre, des cellules géantes et des points de dégénérescence caséeuse. En d'autres points, le stroma présente des granulations tuberculeuses diffuses, avec également cellules géantes et caséification. L'ovaire gauche est intact dans sa moitié interne ; le pôle externe présente des nodules tuberculeux. Le péritoine, pour autant qu'on l'ait vu, ne présentait pas de tuberculose. Le processus pulmonaire paraissait être tuberculeux et avoir été premier en date... Le transport infectant par voie sanguine paraît devoir être admis.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Lawson Tait (1) écrivait : « Nous pouvons laisser de côté toutes ces affections (cancer et tuberculose de la trompe), en disant que leur diagnostic est impossible et serait de peu d'importance s'il pouvait être fait. » En fait, la tuberculose annexielle ne constitue pas un syndrome pathognomonique ; les tableaux cliniques auxquels elle donne lieu sont multiples et contiennent bien peu de traits décisifs. Les erreurs de diagnostic sont encore la règle, mais il y a peut-être moyen d'en diminuer le nombre. Il convient donc d'examiner les principaux aspects cliniques que revêt l'affection ; d'en analyser pour les critiquer les éléments symptomatiques constituants ; de grouper enfin en un faisceau les présomptions en faveur de l'origine tuberculeuse des accidents, dont il est, en général, assez simple de déterminer le siège annexiel.

§ 1

Aspect clinique synthétique

Trois types sont à considérer comme plus fréquents : la pelvipéritonite subaiguë, la salpingo-ovarite chronique, la péritonite chronique.

(1) La citation est prise dans la thèse de M. Martin, Lyon, 1905.

A) **Pelvipéritonite aiguë ou subaiguë.** — Une jeune femme de 20 à 25 ans, présente, soit peu de temps après son mariage, après un accouchement, soit sans raison connue, un syndrome de pelvipéritonite marqué par des douleurs vives, surtout au moment de la congestion prémenstruelle. Ces douleurs, qui siègent au bas-ventre et dans les fosses iliaques, et s'irradient dans les reins, s'accompagnent de défense musculaire du bas-ventre à l'exploration et de sensibilité diffuse de la région. Elles déterminent quelques nausées, plus rarement des vomissements. Il y a de la diarrhée plus souvent que de la constipation. L'état général se modifie : il témoigne d'une dénutrition rapide, par de l'amaigrissement, de la perte des forces, de l'anorexie. La température vespérale s'élève, atteint souvent 38°5-39°, tandis que celle du matin est presque toujours plus basse que 37°. Le pouls est rapide, un peu petit.

A l'examen local par toucher vaginal, on a quelquefois la surprise de rencontrer un hymen intact ; l'utérus est petit, de consistance ferme, peu mobile. En arrière de lui, le doigt rencontre de l'empâtement dans le cul-de-sac de Douglas. Les culs-de-sacs latéraux, par contre, sont souples Dans le Douglas on sent prolabées des annexes peu volumineuses, mais confusément perceptibles dans un amas d'adhérences. L'exploration est rarement très douloureuse, quelquefois elle ne l'est à aucun degré.

Ce tableau symptomatique se prolonge pendant huit ou dix jours. Il peut ne s'accompagner d'aucun signe uréthro-vésical, non plus que d'aucune perte blanche. La thérapeutique, par les enveloppements humides et froids de l'abdomen, par les applications de glace, ne produisait que des résultats médiocres quand rapidement tous les phénomènes s'atténuent en même temps que les règles ap-

paraissent, avec plusieurs jours de retard, en général, et modifiées dans leur quantité : presque toujours la malade perd moins, et moins longtemps, qu'à l'état de santé.

Pendant un mois, tout rentre dans l'ordre, sauf peut-être une sensation de pesanteur hypogastrique ou de tiraillements lombaires, mais dans les jours qui précèdent les règles suivantes, ou bien à l'occasion d'un coït mouvementé et brutal, ou bien de quelque autre traumatisme, les phénomènes peuvent reparaître, analogues, et se résoudre de la même façon. Par la suite, les poussées aiguës se raréfient, s'abrègent, mais dans leurs intervalles, la douleur persiste, sourde et profonde ; l'utérus se fixe peu à peu dans les adhérences, la dysménorrhée augmente de ténacité ; le volume du ventre s'accroît, souvent il y apparaît de l'ascite ou des nodosités de péritonite adhésive en placards. Sur cet état, devenu chronique, de nouvelles poussées aiguës sont assez fréquentes (Goodall, 07).

B) **La salpingo-ovarite chronique**. — C'est, à première vue, le tableau banal et classique d'une annexite chronique quelconque. Après une période de début douloureuse avec localisation des symptômes aux fosses iliaques, il persiste un état d'endolorissement du petit bassin. Le ventre a augmenté, un peu, de volume. Quelquefois, on y sent des masses dures anormales, un peu latérales au-dessus du pubis. Les règles sont supprimées, ou bien profuses. L'état général se maintient quelquefois florissant ; il est plus souvent médiocre, avec un peu de fièvre vespérale, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement. Le toucher vaginal révèle des masses bilatérales, volumineuses, quelquefois noduleuses, tombées dans le cul-de-sac de Douglas, repoussant l'utérus en antéversion et fixées à sa face postérieure par des adhérences. Le tout est peu mobile, quoi-

que les ligaments larges soient libres d'infiltration. L'exploration est rarement douloureuse ; elle arrive quelquefois à déceler de la fluctuation dans les masses rétro-utérines. Les pertes purulentes peuvent exister, mais ne sont pas la règle. Cet état peut persister fort longtemps, et s'accompagne de stérilité. Par intervalles des poussées aiguës de pelvi-péritonite se surajoutent à ce tableau et laissent comme reliquats des adhérences plus étroites et plus solides.

C) **La péritonite chronique**. — Une jeune fille anémiée, à teint pâle, qui maigrit et « n'est plus la même » depuis une grippe ou une fièvre typhoïde (Lucy, 07) a l'attention attirée par le développement progressif de son ventre, et par l'irrégularité ou l'absence de ses règles. Elle éprouve à la période cataméniale de vagues douleurs dans les reins et les fosses iliaques, et le ventre devient alors plus sensible à la pression. La santé générale s'altère bientôt, l'amaigrissement se masque sous une sorte de bouffissure œdémateuse, un peu de fièvre s'allume chaque soir. Il y a anorexie et constipation.

A l'examen local, le ventre donne aussitôt l'impression d'ascite, mais non point d'ascite simple et libre comme le serait celle d'une cirrhose hépatique : le ventre ne s'étale pas dans les flancs, le flot manque de netteté et les déplacements de la malade ne modifient pas complètement les rapports des zones sonores et des zones mates. Ces rapports, d'ailleurs, sont irréguliers et ne cadrent pas nettement avec l'un ou l'autre des deux schèmes si classiques du kyste de l'ovaire et de l'ascite simple. La palpation détermine une sensation douloureuse minime, mais profonde et la paroi musculaire réagit par sa contraction. L'augmentation de volume du ventre n'est pas continûment pro-

gressive ; il peut se faire des rétrocessions nettes, ou bien des périodes d'état stationnaire s'intercalent. Cette augmentation de volume est d'ailleurs due en grande partie au météorisme des anses intestinales que le liquide refoule, et non pas seulement à la quantité de liquide qui existe.

En dehors de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, ce tableau ne peut guère attirer l'attention sur l'appareil génital que s'il s'y ajoute, ce qui est fréquent, de la leucorrhée à liquide laiteux, qui tache, mais n'empèse pas le linge, et qui ne détermine aucun phénomène irritatif de vulvite.

Le toucher est alors pratiqué, et fréquemment c'est au toucher rectal qu'il faut avoir recours, la malade étant vierge. On note alors la réplétion des culs-de-sac par le liquide, avec la sensation d'épaississement de leur paroi ; l'utérus ne flotte pas librement dans ce liquide ; il est partiellement ou totalement immobilisé ; de plus, les trompes sont accessibles, un peu grosses, un peu dures et légèrement douloureuses. Quelquefois, on peut sentir des nodosités isolées ou multipliées en chapelet qui s'échelonnent sur la trompe. Quelquefois, au contraire, les sensations obtenues sont très vagues, rien ne se délimite nettement au sein de la masse diffuse péri-utérine sur laquelle on arrive. (Voir obs. 41 et 100.)

§ II

Analyse symptomatique

A. **Modes de début.** - Le *début* des phénomènes cliniques est très variable : tantôt *aigu*, brusque et facile à dater ; tantôt, au contraire, *progressif*, insidieux, impossible à fixer d'une façon précise par les commémoratifs.

Au premier type se rattachent, en général, les formes pelvi-péritonitiques, où des lésions analogues évoluent simultanément sur les annexes et sur le péritoine du petit bassin.

C'est alors à quelque traumatisme que le début est rapporté (Tédenat, obs. 44 ; Jaboulay, obs. 69), à un accouchement, à un avortement.

La précocité des accidents dans la plupart de ces cas fait penser que le traumatisme est révélateur de lésions restées jusqu'alors latentes, et qu'il en accélère l'évolution. Goodall (07) estime que les premiers rapports sexuels jouent aussi un rôle dans l'éclosion des accidents, et en particulier des accidents aigus. Dans 8 cas, sur une série de 37, les accidents ont suivi de peu le mariage. M. Martin (05) relève également des observations qui appuient cette opinion.

Les phénomènes initiaux sont alors des *douleurs* quelquefois très vives, accompagnées de réaction générale, de fièvre, de vomissements ; le faciès est grippé, la dénutrition rapide ; toutes choses qu'il est plus accoutumé de voir produites par des agents infectieux banaux que par le bacille de Koch. Cet état général est tel que dans bien des cas le diagnostic est complètement dérouté et que l'on songe à une fièvre typhoïde (1), (Clavier, in Leuret), à un début de méningite ou de pneumonie (Dervaux, 03). Cette indécision persiste tant que la localisation de la douleur aux fosses iliaques ne s'est pas faite.

A un degré moins aigu ressortissent les cas où les douleurs, vives encore, et quelquefois intolérables, n'apparaissent qu'à l'occasion des règles dans les deux ou trois

(1) Il en fut ainsi dans un cas de pelvipéritonite tuberculeuse que j'ai observé dans le service de M. le professeur Tédenat.

jours qui précèdent l'écoulement sanguin. Ces douleurs rappellent celles de l'appendicite, de l'occlusion intestinale, de la torsion des pédicules et il convient de penser à ces affections pour en éliminer le diagnostic. Elles sont spontanées, mais accrues par la marche, l'exploration abdominale, par le toucher vaginal, le coït qu'elles peuvent empêcher ; elles siègent dans le bas-ventre, dans les reins et résistent au traitement habituel des douleurs annexielles ; le repos au lit, les applications humides, chaudes ou froides, la columnisation du vagin n'amènent qu'un soulagement minime. Ce sont, disent Jamin et Violet (04), des douleurs « quinteuses ».

Quelquefois, au contraire, l'élément douloureux n'est pas signalé au début de l'évolution. Ce qui attire l'attention, c'est une *modification de l'état général*. Après une angine, une grippe, une rougeole, une fièvre typhoïde, la convalescence se fait mal, les forces ne reviennent pas, la malade ne se sent plus la même ; elle maigrit, ses traits se tirent et il apparaît des phénomènes, soit péritonéaux, soit génitaux, qui guident l'exploration.

Dans ces formes insidieuses, le premier signe peut être *l'augmentation de volume du ventre*. Elle est attribuable, soit à la production d'un épanchement ascitique, soit au météorisme intestinal, qui accompagne si fréquemment les éruptions miliaires de tubercules, soit enfin à la production quasi-latente de volumineuses tuméfactions salpingiennes. Goodall (07) insiste sur ce fait que les degrés les plus avancés des lésions tubaires, les énormes pyosalpinx — et il cite deux cas où les trompes avaient le volume d'une tête fœtale — peuvent ne se manquer que par l'augmentation de volume du ventre, sans aucune douleur.

Un autre signe initial peut être donné par la *menstruation*. Les *irrégularités*, soit dans la date, soit dans l'abon-

dance de l'écoulement, sont presque la règle dans la tuberculose des annexes ; assez souvent elles en sont le premier symptôme. Plus tard s'ajoutent la dysménorrée et l'augmentation de volume du ventre.

Enfin, il arrive que des lésions avancées de tuberculose annexielle restent parfaitement *latentes* et ne soient découvertes qu'à l'autopsie. Il peut même se faire qu'un diagnostic rétrospectif soit impossible, la malade n'ayant présenté aucun symptôme qu'il soit rationnel de rattacher à ces lésions. La tuberculose annexielle peut être ainsi insoupçonnée non seulement dans sa nature, mais encore dans son existence. (Devic, in M. Martin, 05.)

B. L'état général, au moment où les symptômes initiaux ont apparu, peut ne s'être pas modifié. Dans certains cas, les malades conservent l'apparence et les dehors d'une santé florissante (Secheyron, 05 ; Tédenat, Lucy, 08 ; Grimsdale, 07). Bien plus souvent, cet état général était déjà défectueux ; il s'agit de femmes amaigries, quelquefois émaciées, à tissus flasques, à circulation défectueuse ; affaiblies par une hygiène déplorable : Dervaux (03), signale la fréquence de la tuberculose annexielle chez les prostituées — souvent névropathes, d'après le même auteur. L'enfance a été scrofuleuse, l'adolescence a été traversée par des périodes de chloro-anémie ; le développement corporel, et celui de l'appareil génital, sont souvent imparfaits, soit congénitalement, soit par infantilisme. On trouve facilement des traces de blépharite, de kératite, des cicatrices d'écrouelles. La face est pâle, avec un peu de bouffissure des paupières.

Les modifications de l'état général peuvent, au contraire, dater du début des accidents actuels, tenir à l'état d'infection, et ce sont alors celles qu'il est usuel de rencontrer

dans les états infectieux et douloureux et qu'il est inutile de retracer ici. Ce qu'il faut noter, c'est cette remarque de Durand (05) et de Goodall (07), que l'état général est souvent en disproportion avec l'apparence des lésions locales. Celles-ci paraissent minimes en regard de l'amaigrissement, de l'anorexie, de la perte des forces, des températures observées.

L'étude de la température indique, en effet, dans certains cas, une atteinte de l'organisme plus profonde que ne semblerait l'indiquer un examen superficiel. En éliminant les cas où l'élévation thermique peut tenir à des associations microbiennes ou à des infections secondaires en d'autres points de l'organisme (entérites, pneumopathies, etc.), il n'en reste pas moins établi que la tuberculose des annexes amène en général l'élévation de la température. Dans les formes aiguës cela est la règle, et la courbe obtenue n'a que peu de valeur séméiologique : elle peut faire penser à une typhoïde bâtarde comme à une pelvi-péritonite banale. Mais dans les cas chroniques, on est surpris de rencontrer des courbes à grandes oscillations, à exaspération vespérale qui peut atteindre 39°, 39°5 en descendant le matin au-dessous de 37°. Quand ces températures, qui font songer à une phlegmasie aiguë, ont pour origine des lésions minimes, peu douloureuses, peu inflammatoires semble-t-il, c'est à la tuberculose qu'il faut les attribuer (Senn, cité par Murphy, 03). Même dans l'ascite, d'apparence si torpide, si peu réactionnelle, il est fréquent de dépister par une observation répétée de minimes élévations de la température, le soir.

C. **Antécédents**. — Les renseignements tirés des *antécédents héréditaires* sont peu utiles au diagnostic. Tout au plus sont-ils un appoint à un ensemble de présomptions tirées d'ailleurs.

Les *antécédents personnels* de tuberculose sont plus intéressants ; on les rencontre, en effet, dans un peu plus des deux tiers des cas. Les localisations les plus fréquentes sont pulmonaires, pleurales (Godelier), entéritiques (Hense, 06 ; Macnaughton Jones, 04). Lœwy et Leuret (03) ont attiré l'attention sur les phénomènes réflexes qui siègent sur le poumon dans certaines affections utérines et peuvent donner le change pour des lésions organiques. Ces phénomènes sont vraisemblablement rares et les lésions pulmonaires réelles. Les antécédents de péritonite tuberculeuse (sans localisation annexielle reconnue), peuvent aussi se rencontrer, mais dans ces cas, on peut se demander si cette péritonite n'était pas, en réalité, une manifestation de l'affection encore latente révélée depuis (Lea, 07 ; Potherat, obs. 12 ; Arrou, obs. 11). L'absence de toute lésion tuberculeuse antérieure ne doit pas faire rejeter le diagnostic étiologique de tuberculose puisqu'il est acquis qu'environ 28 0/0 des tuberculoses annexielles sont cliniquement primitives ; mais, d'autre part, l'existence de ces antécédents n'est qu'une présomption de la nature des lésions ; il est trop évident que des infections plus banales peuvent évoluer sur des sujets tuberculeux pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

D. **Douleurs** . — Les phénomènes douloureux sont un des signes les plus fréquents de la tuberculose annexielle et c'est par eux, le plus souvent, que l'attention est attirée. Les douleurs sont spontanées ou provoquées. Spontanées, elles sont continues et durables dans les états aigus, intermittentes ou occasionnelles dans les périodes de rémission. Elles siègent au bas-ventre, dans les fosses iliaques et souvent à la région lombaire. En général sourdes et gravatives, elles peuvent s'exacerber et devenir intolérables. La

station debout, la marche, le coït, les réveillent ; elles sont rappelées aussi par la menstruation et constituent un élément quasi-constant de cette dysménorrée, qui est peut-être le symptôme le plus fréquent de la tuberculose des annexes. La thérapeutique courante a peu d'action sur ces douleurs ; le repos au lit, le massage, la columnisation du vagin sont souvent inefficaces.

Mais les douleurs ne sont pas indispensables au tableau de la tuberculose annexielle ; les cas demeurés latents de pyosalpinx, même volumineux, sont fréquents. Leuret (04) rapporte une observation de Bouilly : une femme mariée, présentait depuis 5 ans deux tumeurs indolores dans le bas-ventre, quand elle se décida à se faire examiner. On fit le diagnostic de kystes parovariens, alors qu'il s'agissait de pyosalpinx tuberculeux contenant chacun environ 300 grammes de pus. — Cette absence de douleurs coïncidant avec un diagnostic ferme de collection tubaire volumineuse doit faire penser à la nature tuberculeuse des lésions (Targett, 03). Les douleurs sont rares dans la forme ascitique, où seulement un peu de sensibilité profonde est révélée par l'exploration. Les pelvipéritonites pendant leurs périodes d'extension, les salpingites avec lésions interstitielles, avec coudures et adhérences paraissent, au contraire, devoir être douloureuses d'une façon générale.

La valeur séméiologique de l'état douloureux paraît minime ou nulle (Murphy, 03), quant au diagnostic de tuberculose. Il paraît lié à l'état anatomique des organes et non à l'étiologie des lésions. Toutefois, Jamin et Violet (04) attribuent une certaine importance à la persistance des douleurs malgré la thérapeutique et à leurs récidives faciles et « quinteuses ». A noter enfin que, par leur siège, ces douleurs peuvent égarer le diagnostic, et que pour la tuberculose annexielle comme pour toutes les annexites, le

diagnostic avec appendicite donne fréquemment lieu à discussion (Murphy, 03).

E. **L'état des appareils autres que l'appareil génital** fournit peu d'éléments au tableau clinique et au diagnostic. La constatation d'autres foyers tuberculeux se fait dans les deux tiers des cas. Indépendamment de cela, il suffira d'indiquer la tachycardie dûe à l'intoxication tuberculinique, l'association assez fréquente de troubles urinaires, (Simmonds, 09). Les troubles digestifs, quand ils comportent de la diarrhée présentent un certain intérêt : selon Violet (05), la coexistence de diarrhée et d'affection génitale, doit faire penser à la tuberculose, avec foyers sur les deux appareils.

F. **Menstruation**. — Les troubles menstruels sont la règle dans la tuberculose annexielle. Seul, Martin (02-08), les considère comme absents dans 50 0/0 des cas (1). Ils peuvent se manifester par de la dysménorrée, de l'aménorrée, de l'hyperménorrée.

La *dysménorrée* est la manifestation la plus fréquente. Le maximum des douleurs est pendant les jours qui précèdent l'écoulement sanguin. Cet état douloureux paraît lié, d'une part, aux lésions actuelles des trompes et de l'utérus : ulcérations des muqueuses, coudures, vices de position, adhérences ; mais aussi à des conditions anatomiques préalables : atrésie de l'utérus ou de son orifice externe, par exemple. Tel est le cas des femmes qui ont souffert de leurs règles depuis la puberté, alors que le début clinique des accidents tuberculeux est de beaucoup postérieur. Chez

(1) Pour Orthmann et Williams, ils impliquent la participation de la muqueuse utérine (Murphy, 03).

les aménorréiques les douleurs peuvent reparaître chaque mois, au moment où devrait se faire l'écoulement. (Forgue, obs. 46).

L'*aménorrée* est un signe fréquent de tuberculose annexielle. La suppression peut quelquefois n'être pas complète, mais bien souvent la malade ne perd plus une goutte de sang. L'aménorrée peut être primitive, la malade n'ayant jamais été réglée avant le début de ses accidents ; ou bien secondaire et débutant au même moment que les accidents salpingiens. La cause de cette aménorrée doit être cherchée, indépendamment des cas de sténose du col avec hématométrie (Henkel, 03), soit dans les lésions de la muqueuse utérine (Murphy, 03), soit dans l'état d'hypoplasie et d'infantilisme des organes génitaux internes — ce qui n'est guère applicable qu'aux cas d'aménorrée primitive ; soit enfin dans l'état général des malades affaiblies, anémiées. Il est vrai qu'on s'est demandé, réciproquement, si l'aménorrée du début de la tuberculose pulmonaire, mise en général sur le compte de la dénutrition et de l'anémie, ne serait pas due à des lésions latentes des organes génitaux. La question demande à être résolue par une série de nécropsies avec examen minutieux des annexes et de l'utérus.

Quoi qu'il en soit de son mécanisme, l'aménorrée présente une valeur séméiologique considérable. La tuberculose, en effet, est la seule, parmi les causes de salpingo-ovarites, qui provoque couramment l'aménorrée. La constatation de celle-ci, jointe aux signes objectifs d'une annexite, doit constituer une présomption de très grande valeur, en faveur de la nature tuberculeuse des lésions.

Les *ménorragies* ou *métrorragies* se rencontrent toutefois dans la tuberculose annexielle, mais avec moins de fréquence que l'aménorrée. Elles sont quelquefois dues à

la présence d'un fibrome utérin ou à l'existence d'infection salpingienne associée. Le plus souvent, il est difficile d'expliquer pourquoi la tuberculose exagère les règles au lieu de les diminuer. On n'en trouve d'arguments, ni dans l'âge plus précoce de la puberté, ni dans les antécédents puerpéraux. Selon Veit, les métrorragies seraient plutôt le fait de lésions utérines ou ovariennes que de lésions tubaires (Jamin et Violet, 04). Elles peuvent être aussi abondantes et tenaces que dans le cas de myomes (obs. 42, 73).

La valeur diagnostique de ces irrégularités menstruelles est très diversement appréciée par les auteurs. Pour Murphy (03), par exemple, elles ne présentent aucun intérêt pour l'établissement du diagnostic. Dans certains cas, au contraire, on peut, semble-t-il, en déduire des présomptions intéressantes. Si l'association de ménorragies et de salpingite est banale, la coexistence de pyosalpinx et d'aménorrée paraît, au contraire, exclusive à la tuberculose (Tédenat, Kiparski, 04). Chez une vierge, surtout si elle est jeune, les ménorragies, en dehors du cas de fibrome, sont, le plus souvent, liées à de la tuberculose annexielle, d'après Murphy (03), et d'après Lucy (08). Enfin, Feullenberg (01) lui rattache aussi les cas de ménorragies avec irrégularités dans la date d'apparition de l'écoulement.

G. **Pertes blanches**. — Elles peuvent coexister avec les lésions tuberculeuses des annexes, mais elles ne paraissent pas en constituer un symptôme net. Elles correspondent, le plus souvent, à de la métrite banale, associée aux lésions salpingiennes, et dont l'origine se retrouve dans les antécédents gonococciques ou puerpéraux. Chez les vierges, ce sont des pertes catarrhales, non purulentes, et qui sont dues à la congestion utérine : scrofule, déviation

utérine, congestion par voisinage des lésions salpingiennes. Elles existaient alors avant tout début probable de lésions tuberculeuses, dataient quelquefois de l'enfance. Enfin, les pertes purulentes relèvent encore quelquefois d'endométrite tuberculeuse ; elles sont alors de couleur verdâtre, paraissent formées par du pus caséeux délayé dans la sécrétion catarrhale, mal lié par conséquent, et dans les grumeaux duquel Cornil a démontré la présence de bacilles de Koch (Dervaux, 03). Dans quelques cas, le liquide ainsi évacué vient des trompes et l'utérus peut être sain ; il s'agit de pyosalpinx qui s'évacuent périodiquement par l'orifice utérin resté perméable en une sorte de vomique utérine (Chaufton, 05). Routier a décrit ainsi des cas de pyorrhée utérine d'origine salpingienne, où l'écoulement purulent augmentait par la compression du ventre ; il se faisait une évacuation partielle de la poche salpingienne. L'origine tuberculeuse de ces pertes ne peut être démontrée que par l'examen bactériologique ou l'inoculation au cobaye ; quant à leur source, utérine ou salpingienne, dans un cas donné, elle reste incertaine.

H. **Signes physiques** : 1° *Abdomen.* — L'exploration physique de l'abdomen révèle presque toujours une augmentation de volume, et assez fréquemment, c'est là le symptôme qui a attiré l'attention de la malade. Cette augmentation de volume peut se faire sans qu'il y ait d'épanchement appréciable. A la palpation, la paroi abdominale est tendue, en état de défense réflexe légère, et si on la déprime un peu vivement, on provoque de la douleur ou tout au moins un éveil de sensibilité profonde. L'examen peut alors révéler l'existence de masses dures, bosselées, le plus souvent bilatérales et écartées de la ligne médiane, et qui, dans certains cas, par leur volume, se dessinent sous la

paroi en un léger relief. La main les délimite assez nettement et en apprécie les contours ; elles ressemblent à des kystes de l'ovaire de petit volume, et c'est là le diagnostic généralement porté. Leur consistance peut être plus dure et faire penser à des tumeurs solides.

Au lieu de tumeurs nettes, il peut fort bien arriver que la main ne rencontre qu'une tuméfaction vague, imprécise quant à ses limites, formant plastron au-dessus des pubis et des arcades crurales. Il s'est fait alors des placards d'adhérences viscéro-pariétales.

Enfin, la symptomatologie de l'ascite est fréquemment rencontrée. L'ascite tuberculeuse se distingue par sa mobilité imparfaite due aux cloisonnements qui se font dans la cavité abdominale (J.-L. Faure, 02 ; Bouilly, in Gorovitz, 01). Le ventre pointe en avant au lieu de s'étaler ; les limites de la matité se modifient peu par les déplacements de la malade. Quand il est possible, à travers l'épanchement, de sentir des masses ganglionnaires du mésentère, il faut penser à la tuberculose si la malade est jeune, au cancer si elle est vieille (Martin, 08). Le développement de l'ascite est très variable, soit lent et progressif, soit rapide et douloureux ; il est susceptible de rétrocessions ou d'arrêts dont la malade peut se rendre compte facilement.

L'augmentation de volume du ventre, jointe à l'aménorrhée, peut faire croire à la grossesse, et l'on sait que cette erreur de diagnostic est fort possible dans la tuberculose péritonéale. Les signes les plus nets, qui font le diagnostic, sont : le volume de l'utérus resté petit, apprécié par le toucher combiné ; l'irrégularité et souvent la rapidité dans l'accroissement de volume du ventre.

2° *Exploration vaginale :* a) *Virginité.* — Chez un dixiè-

me des malades, au moins, l'exploration révèle la présence de l'hymen intact. L'existence de lésions inflammatoires des annexes chez une vierge, doit faire penser à leur nature tuberculeuse, malgré la possibilité d'infection ascendante des voies génitales par le gonocoque à la suite de vulvo-vaginite. La virginité fait partie d'un certain nombre de syndromes, dont la constatation conduit au diagnostic de tuberculose annexielle. Les pyosalpinx des vierges, ou tout au moins les collections liquides tubaires (Targett, 03 ; Kiparski, 04), les métrorragies chez les vierges quand l'utérus est petit (Murphy, 03 ; Lucy, 08), surtout si les métrorragies coïncident avec l'irrégularité des périodes intermenstruelles (Feullenberg, 01) ; les écoulements vaginaux, d'aspect purulent, sans phénomènes inflammatoires ou irritatifs, sans vulvite (Murphy, 02), sont presque toujours signes de tuberculose. Presque décisif est le syndrome ainsi décrit par Jamin et Violet (04) : Annexite chez une vierge, avec métrorragies, phénomènes péritonéaux esquissés, un peu de température le soir, et pas de pertes purulentes.

b) *Utérus.* — Il reste en général petit, ne participant pas au processus inflammatoire, et d'ailleurs étant dans beaucoup de cas arrêté dans son développement, à un stade plus ou moins infantile. il est court et souvent en position anomale ; le plus souvent, il est rétrofléchi et rétroversé. Le col, qui peut être fermé, n'est le siège d'aucun processus inflammatoire décelable (en dehors des associations pathologiques toujours possibles), il n'y a ni œufs de Naboth, ni érosions, ni glaires. Sa mobilité est, en général, restreinte par les adhérences qu'il a contractées avec les annexes. Cependant, d'après Murphy (03), l'utérus reste relativement plus mobile dans les cas *aigus* de pelvi-péritonite tuber-

culeuse que dans ceux où les agents banaux sont en action. Quand le processus est chronique, au contraire, et ancien, l'utérus peut être absolument bloqué dans le petit bassin, « coulé dans le ciment de l'abcès pelvien » (Pozzi), maçonné, enlisé dans les adhérences (Jamin et Violet, 04 ; Swayne, 03). Ces adhérences sont étendues, plus peut-être que celles que le gonocoque détermine (Veit), il en résulte que le fond de l'utérus est difficile à atteindre par le palper combiné. Il peut, de plus, être recouvert par les trompes fixées en position haute et le coiffant comme d'un casque (Secheyron, 05).

c) *Ligaments larges.* — Ils sont le siège de paramétrite chronique due à la lymphangite tuberculeuse ; leur tissu est infiltré, œdémateux, et a perdu sa souplesse (Jamin et Violet, 04). Cette sensation est due quelquefois, mais plus rarement, aux adhérences intestinales sur les deux faces des ligaments larges (Martin, 05).

d) *Le cul-de-sac de Douglas.* — Son exploration le montre libre et souple, rarement ; rempli soit par une collection liquide, soit par des adhérences ou les annexes prolabées, fréquemment. Sa paroi est presque toujours épaissie, « cartonnée » (Violet), elle perd de sa souplesse, alors même que les feuillets péritonéaux ne sont pas accolés par des adhérences (Murphy, 03). On y sent quelquefois, sur la paroi postérieure et sur les ligaments utéro-sacrés, des tubercules saillants et durs, des nodosités du volume d'une tête d'épingle à celui d'une fève, dans certains cas confluentes au point de donner une sensation de râpe (Alterthum, cité par Murphy, 03). Ce signe, décrit par Hégar et Wieland, et qui serait la signature du processus tuberculeux, est confirmé par Jamin et Violet (04) — ils recomman-

dent de le chercher par le toucher rectal — par Krœmer, par Kundrat (08), mais Beyea (04) ne le rencontre que comme une exception. D'autre part, Smyly (06) croit qu'il existe en dehors de la tuberculose.

e) *Les annexes.* — Les signes physiques sont identiques à ceux des salpingites banales : tumeurs presque toujours rétro-utérines, assez dures, allongées dans le sens transversal, séparées de l'utérus par un sillon de délimitation, très rarement mobilisables sur lui, ne donnant généralement pas de sensation de fluctuation. Dès que leur volume est un peu considérable, on les atteint par le palper combiné, et l'on constate leur disposition assez fréquente en cimier de casque au-dessus du fond utérin. Ici encore les adhérences voilent leurs limites exactes, il est difficile de dire où commence la trompe et où elle finit (Violet, 05).

Le volume des masses annexielles tuberculeuses est très variable depuis le volume du doigt jusqu'à celui d'une tête fœtale. Les comparaisons les plus fréquentes dans les observations sont avec le poing, avec un œuf, avec une aubergine : cette dernière due à la forme caractéristique des pyosalpinx.

Ces masses peuvent être lisses et régulières; bien plus souvent, elles sont disposées en chapelet le long de la trompe (Pichevin, 02) ; Hégar, et avec lui Alterthum, Wieland, avaient fait de ces nodosités, lorsqu'elles siégeaient sur l'isthme de la trompe, et spécialement sur le point d'union de la trompe avec l'angle utérin, lorsque, de plus, elles coïncidaient avec les tubercules du cul-de-sac de Douglas, un signe pathognomonique de tuberculose. De même, étaient, pour Kocher, les sensations de coudure anguleuse de la trompe (Feullenberg, 01). Or, s'il est vrai que ces signes soient plus fréquents dans la tuberculose, ils n'en

ont pas moins été rencontrés dans des salpingites d'origine gonococcique par Chiari, par Schauta (Martin, 05).

La dureté et le volume des annexes tuberculeuses sont quelquefois telles que l'on peut penser à une tumeur solide, à un fibrome utérin (Tédenat, obs. 42 ; Secheyron, obs. 103 et 104), enclavé dans le petit bassin. La tumeur paraît se continuer avec l'utérus, auquel elle adhère, elle remplit l'excavation et s'il y a des métrorragies, l'erreur de diagnostic est très excusable. Toutefois, la longueur de l'utérus n'est pas augmentée, et les limites de la tumeur sont dans des tissus empâtés. D'autres fois, il est facile de constater la nature liquide des collections pelviennes, mais on fait un diagnostic de siège erroné et, à cause de l'indolence des lésions, de la lenteur de leur accroissement, de l'absence (au moins apparente) d'adhérences, on croit à des kystes soit ovariques, soit parovariens. Un élément de diagnostic peut se trouver dans l'imprécision des limites exactes de la tumeur, et dans sa sensibilité douloureuse à l'exploration.

26. R.-B. Hall. — Résumée. In *American J. of Obst.*, novembre 1902, p. 719.

Femme de 30 ans. Bonne santé habituelle. Apparence florissante. Deux enfants. Sept semaines avant l'opération, elle souffrit du bas-ventre. Tumeur comme une noix de coco, supposée ovarienne. Après une poussée aiguë, abdomen gros comme celui d'une femme à terme, douloureux au toucher. Le diagnostic de kyste de l'ovaire paraissait s'imposer, mais on pensa à la tuberculose, à cause de la difficulté qu'il y avait à délimiter avec précision le pôle supérieur de la tumeur. Au toucher vaginal, on provoquait de la douleur de chaque côté de l'utérus, ce qui est très rare dans les kystes de l'ovaire et qui est presque la règle pour les collections tuberculeuses.

Laparotomie. Deux gallons de pus enkysté, l'utérus volumi-

neux et les trompes remplissaient le pelvis. Celles-ci paraissaient être le foyer initial. Nettoyage de la poche. Ablation des trompes, dont chacune était le siège d'un gros abcès. Drainage. Son état de santé s'est ensuite maintenu excellent depuis *cinq ans*.

La tuberculose frappe, en général, les annexes des deux côtés et d'une façon analogue ; toutefois, l'annexite unilatérale existe et cette unilatéralité des lésions serait en faveur de leur nature tuberculeuse. Terrillon a insisté sur ce point.

I. **Evolution des accidents**. — Les modes de début ont été indiqués ci-dessus. A la période d'état, on a noté un complexus plus ou moins riche des symptômes qui viennent d'être analysés, et deux grands types de syndromes peuvent être distingués : ceux où l'attention est attirée par un symptôme de la zone génitale, ceux où les signes de cette catégorie ne se manifestent qu'à une exploration rationnelle. Ces syndromes sont susceptibles d'évoluer : la caractéristique générale de cette évolution est la *progression discontinue vers la gravité*. A mesure que l'affection se prolonge, les accidents aigus se répètent, provoquant des douleurs plus vives, tandis que l'état général empire ; les symptômes des lésions chroniques témoignent de leur accroissement, de l'extension, de la caséification et du ramollissement des tuberculomes ; aux signes bénins de l'ascite « idiopathique » succèdent ceux, plus graves, de la péritonite adhésive et, plus tard, ulcéro-caséeuse. Cette évolution est généralement *lente* : c'est après des mois et des années que les malades se décident à se faire soigner : 14 ans dans l'observation 84 (Konrad). Elle n'est pas continûment progressive : la tuberculose annexielle se manifeste par à-coups, par des périodes d'accidents aigus

ou subaigus, séparés par des périodes de silence symptomatique complet ; aucune douleur, aucune extension discernable des lésions. Les rechutes sont spontanées, surtout aux périodes menstruelles, ou dues à des traumatismes ; parmi ceux-ci, une place à part doit être faite à la grossesse, qui exalte l'acuité des phénomènes et provoque trop souvent une généralisation granulique du processus bacillaire (Amann, 02 ; von Franqué, 02). Dans certains cas, cette allure lente est telle que Bernheim (00) a pu dire que les annexites non franchement inflammatoires étaient de la tuberculose ; ce que Violet (05) a repris sous cette forme : « Toute annexite qui n'a pas l'histoire d'une annexite, c'est de la tuberculose. »

Aran a constaté une sorte de balancement entre les poussées pelvipéritonitiques et l'évolution des lésions pulmonaires : les deux localisations ne progressent pas simultanément, l'activité de l'une s'accompagne d'une période de torpidité pour l'autre (Dervaux, 03).

La règle de l'évolution lente et discontinue a ses exceptions. En dehors des cas de polytuberculose et de granulie d'origine annexielle, où l'évolution est commandée par la généralisation du processus, il y a des annexites tuberculeuses à marche aiguë, de type tumoral : « Des masses diffuses et de consistance inégale se développent dans le bassin, englobant l'utérus de tous côtés, remontant au-dessus du pubis, s'accroissant au point d'approcher rapidement de l'ombilic. Une ascite apparaît plus ou moins abondante, qui fait penser à un envahissement rapide de la cavité péritonéale par les végétations désordonnées des néoplasmes ovariens à marche envahissante. En même temps, l'état général s'altère, le malade maigrit, et tout concourt à faire penser à quelque tumeur galopante. » (Faure, 02.)

Abandonnée à l'évolution spontanée, la tuberculose annexielle aboutit, en général, à la mort, soit par la multiplication des foyers tuberculeux : foyers pulmonaires, bacillhémie et granulie, soit par suite de complications locales : ouverture d'abcès froids dans l'intestin, suivie d'infection secondaire et d'hecticité, obstruction intestinale par la péritonite fibreuse, etc... L'évolution *spontanée* vers la guérison est possible, mais rare.

§ III

Les éléments du diagnostic étiologique

La clinique ne fournit aucun signe pathognomonique de la nature tuberculeuse des annexites. Toutefois, elle permet d'en présumer le diagnostic par un certain nombre de symptômes, qui, pris isolément, n'ont que peu de valeur, mais en acquièrent par leur groupement. D'autre part, la présomption clinique étant ainsi obtenue, il est une série de procédés, de méthodes différentes d'exploration, qui viennent apporter leur part de confirmation du diagnostic.

A) **Arguments cliniques.** — Voici d'abord un relevé sommaire des arguments cliniques les plus valables :

L'existence dans l'histoire de la malade d'*antécédents scrofuleux ou tuberculeux*, spécialement de péritonite tuberculeuse de l'enfance ou de l'adolescence ; l'existence *actuelle de foyers tuberculeux* en évolution ou cicatriciels (foyers de bronchite des sommets, pleurésie, lupus, écrouelles) avec le facies scrofuleux ; un état général mé-

diocre par amaigrissement, perte des forces et de l'appétit, pâleur du teint, sont des signes qui doivent mettre l'attention en éveil. On procédera alors par exclusion (le diagnostic de salpingo-ovarite étant supposé fait), en recherchant les signes de puerpéralité ou de gonococcie.

Les stigmates de celle-ci seront recherchés sur le col utérin, le long de l'urèthre, douloureux à la pression localisée, à l'orifice enflammé des canaux de la glande de Bartholin ou des canaux de Skene (Goodall, 07). Les présomptions tirées des considérations sociales pourront aussi servir d'arguments (Beyea, 04). D'autre part, il faudra se rappeler que l'existence d'une infection gonococcique préalable, surtout si elle est ancienne, est compatible avec la nature tuberculeuse actuelle des lésions, puisqu'il est relativement fréquent que les deux infections se succèdent (Leuret, 04).

La constatation d'une *virginité* intacte sera un gros appoint au diagnostic, si, en même temps, on précise l'existence de grosses lésions tubaires et spécialement d'un pyosalpinx, ou si l'on constate un écoulement utérin purulent sans vulvo-vaginite. A l'exploration abdominale, la tuberculose revendique les *ascites cloisonnées*, peu mobiles, légèrement douloureuses et fébriles ; les masses abdominales, mal définies et mal délimitables, qui coexistent avec une salpingite (West, 09). Au toucher vaginal, combiné avec le palper, la constatation de *lésions unilatérales*, surtout si elles sont diffuses, si l'utérus y est perdu, tout petit au milieu de masses latérales adhérentes ; l'existence d'un *gros pyosalpinx resté indolore*, spécialement si, en même temps, il s'est fait une suppression des règles ; la perception de *nodosités en chapelet* sur l'isthme tubaire, de granulations sur le péritoine du cul-de-sac de Douglas, durci et rigide, tandis que les annexes sont mainte-

nues hautes par des adhérences et que les ligaments larges sont infiltrés, tout cela justifie l'hypothèse d'une tuberculose salpingo-ovarique.

Quelques signes encore ont été donnés comme caractéristiques, tels que la coexistence de *diarrhée* avec des lésions inflammatoires de l'appareil génital et la constatation de *lésions dures,* paraissant anciennes, à tendance cicatricielle déjà, tandis que l'histoire clinique, toute récente, ne permet pas de conclure à un processus ancien (Violet, 05).

Enfin, l'*évolution par poussées* cachectisantes, séparées par de longues périodes de silence symptomatique complet, est encore un argument favorable au diagnostic de tuberculose.

Le diagnostic de tuberculose salpingienne est très probable si on constate une salpingite chez une nullipare, non blennorragique, mais tuberculeuse ; il est encore probable, chez une tuberculeuse, malgré la puerpéralité ou la gonococcie, si la trompe enflammée est dure et bosselée ; mais si la malade ne présente pas d'autres foyers tuberculeux, il est impossible de préciser le diagnostic (Riche, cité par Martin, 05).

B) **Arguments microbiologiques.** — Si la clinique seule est ainsi incapable d'affirmer nettement, dans la plupart des cas, la nature tuberculeuse des lésions, les *méthodes bactériologiques* et les *réactions humorales* lui portent un secours précieux.

La *recherche des bacilles tuberculeux* peut se faire dans les sécrétions utérines, catarrhales ou purulentes. Un simple examen direct peut suffire : Derville, Janin, Saulman, les ont ainsi décelés (in Gorovitz, 00), et ce dernier a relevé l'association avec le gonocoque. Bernheim (00) pense que cette recherche décèlerait beaucoup de cas qui, sans cela,

passeraient inaperçus. Inversement, Faure (02), Martin (08), croient les cas positifs bien rares, et Lea (03) a fait sans succès cette recherche dans toute une série de cas où le diagnostic étiologique fut posé après l'opération. La confusion avec d'autres bacilles acido-résistants est possible.

L'inoculation au cobaye donne plus de chances de ne pas laisser échapper les cas positifs. Elle réussit souvent où l'examen direct ne donne rien (Cornil). Jamin et Violet (04), Kiparski (04), préconisent ce procédé, mais Martin (05) en objecte la lenteur.

Le bacille de Koch peut se trouver dans la cavité utérine et n'être pas entraîné au-dehors par les sécrétions ; aussi, l'examen, soit direct, soit par inoculation des produits ramenés par le curettage utérin, a-t-il plus de chances de donner des résultats positifs (Keogh, Vassmer, Walther, Penrose et Beyea, *in* Gorovitz), (Mac-Naughton-Jones, 04).

Tous ces procédés supposent fatalement la présence de bacilles dans l'utérus, c'est-à-dire, le plus souvent, de lésions tuberculeuses de l'endomètre, ce qui est loin d'être la règle dans la salpingite tuberculeuse.

Ils sont donc forcément insuffisants et donnent des résultats négatifs dans des cas de tuberculose nette. Leurs résultats positifs, au contraire, sont fort utiles : la constatation d'annexite avec la coexistence de bacilles de Koch dans les sécrétions utérines, indique certainement une relation entre les deux faits.

Les procédés qui recherchent les *réactions humorales* sont d'une portée plus générale, mais cet avantage est compensé par l'indécision dans laquelle ils laissent sur le siège des lésions qui provoquent les réactions.

La *numération leucocytaire du sang* donne peu de ré-

sultats intéressants. Murphy indique quelques numérations faites au cours d'accidents aigus de pelvipéritonite tuberculeuse : on compte 12 à 18.000 leucocytes par mm3 ; la proportion des lymphocytes n'est pas indiquée.

La proportion globulaire a été recherchée aussi dans les épanchements ascitiques, bien que la clinique suffise le plus souvent à faire le diagnostic. Dervaux cite une analyse cytologique d'ascite tuberculeuse par Tuffier et Milian : Avant centrifugation, un mm3 contenait 156 hématies et 46 leucocytes. La formule leucocytaire était : lymphocytes, 78 pour 100 ; polynucléaires, 11 ; autres, 11.

Quand l'hypothèse de tuberculose est faite, les divers procédés usuels qui la décèlent sont de mise. On fera donc le *séro-diagnostic d'Arloing,* la *cuti-réaction,* l'*ophtalmo-réaction.* Hörmann (08) a appliqué l'ophtalmo-réaction à une série de 125 cas. La réaction positive fut d'accord avec le diagnostic clinique, exception faite des cas très avancés ; mais elle se montra aussi chez des personnes cliniquement saines. Les réactions négatives indiquent, avec une très grande probabilité, l'absence de foyers tuberculeux. Evidemment, le siège des lésions tuberculeuses n'est pas indiqué par la réaction, mais si, cliniquement, l'annexite est la seule affection présentée par la malade, il y a des chances que ce soit le siège du processus tuberculeux à réaction positive.

Les *injections sous-cutanées de tuberculine,* dans un but diagnostique, discréditées en France, sont, au contraire, en faveur à l'étranger. En voici la technique, d'après Birnbaum (07) : la température est prise toutes les trois heures, pendant deux jours : la réaction ne doit pas être cherchée chez les fébricitantes. L'injection se fait le soir ; elle est de 0,001 milligramme de tuberculine (Alt-tuberculine de Koch) ; en l'absence de réaction, on recommence

de deux jours en deux jours, avec, successivement, 0,003 mmg., 0,006 mmg., 0,010 mmg. La réaction positive comprend une brève ascension thermique de 1° à 1°5, des phénomènes généraux et une réaction locale, qui consiste ici en douleurs, pesanteur abdominale avec sensation de tension.

Sur 80 cas, il n'y eut jamais d'erreur pour les réactions nettement positives ou négatives, mais il y a des réactions douteuses. Pankow (07) contrôla la réaction à la tuberculine par l'examen histologique post-opératoire : il y eut six cas de désaccord sur 22 ; aussi n'attribue-t-il pas une très grande valeur à cette méthode. Maniée avec précautions, la tuberculine n'amène pas d'aggravation des lésions.

Ces divers procédés : séro d'Arloing, ophtalmo ou hypodermo-réaction, n'ont guère de portée séméiologique qu'en l'absence de toute lésion autre, cliniquement tuberculeuse. En effet, la réaction locale, signalée par Birnbaum, n'est pas constante. Comme, d'autre part, une annexite n'est pas forcément tuberculeuse du fait qu'elle évolue chez une bacillaire, on voit qu'il faut éviter d'exagérer la valeur d'une méthode, d'ailleurs très satisfaisante en soi.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Les complications de la tuberculose annexielle, se rangent en deux groupes suivant qu'elles ressortissent à la nature bacillaire des lésions, ou bien à leur forme anatomique.

A. **Propagation par continuité**. — Par suite de la tendance extensive des lésions tuberculeuses, une première variété de complications tient à la propagation des lésions dans la continuité des tissus, d'une part vers la grande cavité péritonéale, d'autre part vers les voies génitales inférieures.

1) La tuberculose du *péritoine* pelvien fait partie de l'histoire habituelle de l'annexite bacillaire, mais le processus peut se généraliser à toute la cavité abdominale ; il s'agit rarement d'éruption miliaire (celle-ci est hématogène et contemporaine en tous ses points), mais presque toujours de formes adhésives et ulcéro-caséeuse : fausses membranes étendues, pseudo-kystes purulents, ulcérations intestinales, infiltration de l'épiploon. Cet envahissement peut n'être pas la conséquence de la localisation annexielle et en être contemporain. La succession clini-

que des accidents en est le critérium, mais non infaillible. On a vu, à propos de la pathogénie, la complexité des rapports réciproques des trompes et du péritoine. Il suffit de rappeler ici les cas d'opérations itératives qui ont démontré la réinoculation du péritoine par les trompes (Le Roy Bround, 08, Goodall, 07). Il semble bien que l'on a beaucoup exagéré en rattachant toutes les tuberculoses péritonéales généralisées chez la femme aux lésions annexielles (Dupré et Ribierre, 09).

2) La propagation des lésions dans la direction de *l'utérus* par voie muqueuse le long de la trompe, paraît la règle à Goodall (07) ; de plus, l'endomètre peut être inoculé non seulement par propagation continue, mais par inoculation des sécrétions tubaires évacuées dans la cavité utérine (Kræmer, 08 ; Kraus, 04). L'infection utérine *per descensum* est la règle, d'après Russel (Amann, 02), dans la tuberculose tubaire. Elle est cependant gênée par la desquamation menstruelle. Pendant la période d'involution qui suit l'accouchement, l'utérus paraît très apte à se tuberculiser (voir obs. : 67, Galatia ; 55, Jung ; 57, Tédenat). Les lésions produites débutent dans la région du fond et de là, s'étendent vers l'orifice externe ; elles consistent en tubercules, en infiltration diffuse de la muqueuse avec tendance à la caséification ; enfin, quelquefois, en ulcérations. La rétention purulente par oblitération du col a été observée. Les symptômes de l'endométrite tuberculeuse n'ont rien de net : au cours d'une tuberculose annexielle, l'apparition de leucorrhée, de métrorragies succédant à de l'aménorrée, indique vraisemblablement la nouvelle localisation (Martin, 05). Le pus tuberculeux utérin se distingue quelquefois par son aspect, quand il est caillebotté, mal lié, de couleur verdâtre. Il est le plus souvent inocu-

lable, ainsi que les débris caséofongueux que la curette peut ramener.

La tuberculose annexielle s'accompagne rarement d'adénopathie (Amann, 02) ; en tous cas, celle-ci ne crée jamais une complication.

La transmission bacillaire des trompes à l'utérus peut se compliquer au cours de la grossesse du passage des bacilles à travers le placenta lui-même malade. L'hérédité vraie de la tuberculose est possible, quoique exceptionnelle (Mosny et Bernard, 06 ; Smyly 06) ; elle a été rencontrée dans la tuberculose utéro-annexielle :

27. Simmonds. — *Soc. Méd. Hambourg*, 1904, d'après *Rev. de la Tub.* 1905, page 71.

Tuberculose congénitale par tuberculose génitale de la mère.

Femme morte vingt jours après l'accouchement, de péritonite tuberculeuse d'origine génitale. Il y avait salpingite et endométrite. L'enfant mourut à deux mois avec de la tuberculose pleuro-pulmonaire, hépatique et trachéo-bronchique. L'auteur croit à l'origine placentaire de la tuberculose de cet enfant.

B. **Généralisation** — La *généralisation granulique* de la tuberculose est une complication grave, dont la cause occasionnelle paraît se rencontrer dans les traumatismes, soit opératoires, soit puerpéraux. Elle se manifesta surtout par de la méningite dans les cas de Henkel (03), de Thévenard (06). La grossesse et l'accouchement constituent un traumatisme qui donne un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose et hâtent la généralisation granulique : cinq cas de Merletti, huit d'Orthmann (Davidsohn, Hégar, Litten..., d'après Veit et Amann, 02) ; l'évolution des accidents en suite de couches peut être si aiguë que von Franqué (02) fit le diagnostic d'infection

puerpérale banale. De même, dans 5 cas sur 37, Goodall (07) a vu l'accouchement suivi d'accidents de pelvipéritonite aiguë, dont l'origine tuberculeuse ne fut reconnue qu'à l'opération. La grossesse est donc d'un pronostic très grave pour la mère, quand elle présente des lésions de tuberculose annexielle en activité. Pour le fœtus, le pronostic est meilleur (réserve faite de la transmission exceptionnelle de la tuberculose transplacentaire) ; l'avortement n'est pas signalé comme étant le fait de la tuberculose génitale (Simmonds, 09). Au cours même de la grossesse, l'évolution des lésions annexielles, le plus souvent postérieures à la conception, est rapide et grave. La cause de cet état de choses réside vraisemblablement dans la congestion active de l'utérus et ses annexes pendant la période puerpérale.

L'association d'autres affections constitue naturellement une aggravation formelle du pronostic. Il convient de tirer à part les cas de polybacillose. L'existence de plusieurs foyers tuberculeux en évolution constitue, pour chacun d'eux, une complication de pronostic sérieuse, qui tient surtout à la dispersion des forces de défense organique. Les foyers qui coexistent le plus souvent avec la tuberculose annexielle, siègent dans le poumon, où ils sont, en général, antérieurs. On a signalé à plusieurs reprises une sorte de balancement dans l'évolution intermittente des lésions pulmonaires et pelviennes.

L'entérite tuberculeuse et les ulcérations entéro-péritonéales paraissent, au contraire, consécutives au processus salpingopéritonéal. Le siège de certaines de ces ulcérations les amène à provoquer la communication de l'intestin avec les abcès tubo-ovariens. Il en résulte des fistules généralement intarissables. La tuberculose urinaire (spécialement cystite), serait associée dans 11 pour 100 des

cas (Simmonds, 09), et Saxtorph (00) croit à l'origine fréquemment génitale de la tuberculose vésicale. Violet et Chalier (09) rejettent, au contraire, cette opinion.

C. **Fistules et communications anormales.** — L'étude des fistules et communications anormales créées par la tuberculose des annexes, sert de transition entre les deux groupes de complications ci-dessus désignés. Elle tiennent, d'une part, aux conditions anatomiques par leur siège, leurs conséquences fonctionnelles, et, d'autre part, à la nature tuberculeuse des lésions, par la facilité des infections secondaires à leur niveau et la difficulté de leur cicatrisation. Cette variété de complications se produit dans les formes cavitaires, abcédées (abcès tubo-ovariens, périovariens, abcès froids tubaires, péritonite enkystée ou cysto-péritonite [Dervaux (05)]. Elles résultent de l'évolution spontanée, ou bien succèdent à des interventions opératoires.

1° L'ouverture anormale peut se faire *à la peau,* par extension d'abcès froids évolués dans la paroi (par la voie du canal de Nück persistant dans un cas de Violet, 07) ; cet abouchement cutané se fait, en général, à la suite d'opérations incomplètes suivies de drainage : obs. 29 (Violet et Chalier, 09). Les signes sont ceux d'une fistule tuberculeuse banale. Dans un cas, sur deux qu'il a observés, Violet (07) a observé un léger écoulement de sang par la fistule, à chaque période menstruelle.

2° L'ouverture d'un pyosalpinx tuberculeux dans *l'uretère* a été signalée par Lucy (07) ; dans la *vessie,* elle a fait le sujet de la thèse de Volle (Lyon, 1908), à l'occasion des trois cas de Violet (Violet et Chalier, 09). Un seul cas avait été publié antérieurement (1). La communication peut

(1) Fernet, *in* thèse de Derville, Paris 1887.

être directe, tubo-vésicale, ou indirecte, tubo-péritonéo-vésicale. La symptomatologie consiste en pyurie, sans cystite ni phénomènes aigus. La cystoscopie peut déceler l'orifice anormal par lequel s'écoule du pus si l'on fait une légère compression sur le bas-ventre. Le traitement consiste dans la castration complète.

Si, au cours de l'intervention, on trouve la perforation vésicale, on en excise les bords en tissus sains et on suture, sinon il vaut mieux ne pas se lancer dans une recherche pénible et périlleuse et exclure la perforation par une péritonisation exacte. La mise de la sonde à demeure est indispensable.

28. Violet et **Chalier**. — Résumée. — *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, n° 1, 1909

Annexite tuberculeuse ouverte dans la vessie.

A. B..., 37 ans, ni enfants, ni fausse couche. Réglée à 16 ans, irrégulièrement ; aménorrée depuis six mois. Tuberculose pulmonaire antérieure.

Douleurs abdominales à droite depuis un an. Aucun trouble fonctionnel urinaire. Pyurie. Au toucher, col utérin refoulé en arrière par une masse dure, médiane, très douloureuse, bombant dans le vagin, indépendante de l'utérus. Tuberculose des sommets.

Opération, 15 juin 05. — Laparotomie. Adhérences multiples. En avant de la masse annexielle droite, on crève deux poches kystiques bleuâtres à contenu séreux. Le doigt pénètre brusquement sans effort dans la vessie. Hystérectomie subtotale. On avive l'orifice vésical présentant des lèvres épaisses, friables, ulcérées en certains points, tapissées en certains autres de bourgeons chair d'huître. Suture vésicale à deux plans. Drainage vaginal. Muqueuse de la trompe droite entièrement rongée, d'aspect rougeâtre, malade dans toute son épaisseur. Franges abrasées ; la muqueuse est représentée par une infiltration de cellules rondes et de cellules épithélioïdes. Nombreuses cellules géantes. Trompe

gauche bosselée, irrégulière, non kystique, à parois épaissies, à muqueuse nécrotique.

Trois ans après, la malade va bien. Etat général satisfaisant. Lésions pulmonaires sans accroissement. Signes fonctionnels améliorés. Appétit excellent. Poids stationnaire. Aucun exsudat pelvien. Mictions faciles, un peu fréquentes, quelquefois douloureuses. Urines claires.

29. Violet et **Chalier.** — Résumée. *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, n° 1, 1909
(V. aussi *Lyon Médical*, 1908, T. 110, page 312.)
Annexite tuberculeuse bilatérale, l'une fistulisée à la paroi abdominale, l'autre ouverte dans la vessie.

R. B..., 32 ans. Antécédents nettement tuberculeux. En 1901, laparotomie d'urgence : évacuation de plusieurs poches purulentes, ablation incomplète d'une masse annexielle gauche.

Un an après, fistule purulente intarissable sur la cicatrice ombilicale, collection annexielle droite du volume du poing. Avait eu deux ou trois poussées aiguës. Etat général mauvais.

Les antécédents tuberculeux, le petit volume de l'utérus au milieu de ces deux masses annexielles suppurées, l'absence de sécrétions purulentes par l'utérus faisaient penser à de la bacillose. Urines purulentes depuis plusieurs semaines, sans cystite. La pression continuée pendant un certain temps sur la collection abdominale augmentait nettement la quantité de pus dans a vessie.

26 novembre 07. — Intervention. Long conduit cylindrique du volume du petit doigt se rendant directement de la paroi abdominale à la corne utérine gauche. A droite, poche suppurée du volume du poing répondant aux annexes. Paroi antérieure de l'utérus masquée par des poches de péritonite cloisonnée, à contenu louche ou franchement purulent. C'est à une de ces poches que répond la suppuration vésicale. Castration totale par hémisection.

Dans les suites, incontinence partielle d'urine par le vagin. Au bout de trois mois, elle avait encore des mictions fréquentes et un peu douloureuses. Etat général amélioré. Un an après, bonne santé, aucun trouble urinaire.

Examen des pièces. — Masse annexielle droite formée par des abcès multiples de l'ovaire, véritables follicules tuberculeux du volume d'une noisette à une praline avec du caséum au centre, au nombre de six ou sept, dans une masse du volume d'une petite orange, représentant l'ovaire.

La trompe droite, transformée en un sac purulent distendu, est adhérente à cette masse.

30. **Violet** et **Chalier**. — Résumée. In *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, 1909, n° 1.

Annexite tuberculeuse ouverte dans la vessie.

B..., 48 ans, ni enfant, ni fausse couche. Dysménorrée. Depuis cinq mois, aménorrée précédée de ménorragies. Amaigrie. Cachectique.

A gauche, masse kystique comme une tête fœtale, plongeant dans le Douglas. A droite, masse du volume du poing, moins facile à délimiter. Utérus petit, débordant peu les annexes. Culs-de-sacs vaginaux et Douglas cartonnés. Indolence à peu près complète. Pas de température. Urines purulentes à la fin.

24 juillet 06. — Laparotomie. Adhérences intestinales nombreuses. En avant, vers la vessie, la masse annexielle pousse un prolongement dans l'espace utéro-vésical. Cette poche purulente crève au niveau de la portion adhérente à la vessie... On retire de la vessie 60 grammes de pus absolument analogue à celui qui s'est écoulé de la masse annexielle gauche ; on ne voit pas la perforation. Sonde à demeure. Suites très simples, urines toujours claires. La guérison est restée parfaite, aucune complication urinaire (*deux ans et demi après*).

Examen des pièces. — A droite, volumineux abcès froid ovarien du volume d'une tête fœtale. La trompe passe en écharpe au-dessus ; allongée et distendue, fermée, contenant un peu de pus. La face interne de la poche ovarienne présente un semis de granulations confluentes tout à fait remarquable. Il y a aussi deux diverticules isolés dans lesquels la paroi a un aspect caséeux. A gauche, trompe suppurée, fermée ; poche ovarienne épaisse.

La paroi de l'abcès ovarien présente nettement des lésions tuberculeuses avec infiltration caséeuse diffuse, et çà et là des follicules tuberculeux avec cellules géantes.

3° La perforation peut se faire dans l'intestin, le plus souvent dans le rectum (Tomson, 04). Il y a alors évacuation de pus par l'anus, souvent par intermittences (Chaufton, 05), comme dans les observations suivantes :

31. Weinberg et **Arnal.**— Résumée. Comptes-rendus de la *Soc. Anat.*, mars 1903, page 236.
Ouverture d'un pyosalpinx tuberculeux dans le gros intestin.

38 ans, annexite depuis plus de six mois ; depuis trois mois, pertes purulentes par l'anus tous les quinze jours. Opération. Utérus intact. Adhérences nombreuses des annexes aux organes voisins, surtout au rectum. La portion ampullaire de la trompe gauche, très dilatée et remplie de pus, communiquait par un petit orifice avec la partie supérieure du rectum... Ablation des annexes.

Examen macroscopique. — Annexes gauches. Trompe : deux kystes indépendants. L'interne, du volume d'une grosse noix, est distendu par un pus blanc, légèrement teinté de bleu. La paroi de ce kyste est lisse. Le deuxième, au niveau de la région ampullaire, laisse sortir, à la pression, du pus par un orifice ouvert dans l'intestin. La paroi de ce kyste est très irrégulière et tomenteuse.

Collé à la trompe, l'ovaire est recouvert d'adhérences, à peine reconnaissable. Le long de la trompe, petites masses sphériques, très tendues, formées d'une paroi mince et fibreuse et d'un contenu caséeux. Egalement, un petit nodule caséo-calcaire fait penser à une ancienne lésion tuberculeuse. Annexes droites : Trompe plusieurs fois coudée ; sa portion interne présente du pus enkysté comme du côté gauche. Egalement, petite tumeur comme un haricot laissant, à la section, sortir une masse crémeuse. Cultures bactériologiques négatives...

Examen histologique. — A gauche, la paroi du kyste qui communiquait avec le rectum est très épaisse, par hypertrophie considérable de la muqueuse, à ce niveau complètement transformée par le processus tuberculeux. L'épithélium n'existe plus ; la ré-

gion interne du chorion qui limite la cavité ne présente qu'un magma purulent... La partie profonde montre des lésions tuberculeuses avec des follicules très riches en cellules géantes caractéristiques...

Ovaire au niveau du kyste : Plus de cellules épithéliales à la face interne de la paroi. Tissu ovarien formant cette paroi complètement transformé par les lésions tuberculeuses. Follicules innombrables. Les cellules géantes et les foyers de caséification sont presque tous situés dans la partie externe de la paroi de telle façon que sa partie interne, voisine de la cavité, est formée exclusivement par du tissu conjonctif riche en cellules très hypertrophiées. Nous avons facilement trouvé des bacilles de Koch, mais en petit nombre, dans la paroi des deux annexes...

32. Ch. Gandy. — Fragment. *Société Anatomique*, nov. 1903.
Compte-rendu 1903, page 824.
Salpingite tuberculeuse fistulisée dans le rectum.

Femme de 23 ans, entrée en raison de troubles généraux. Au toucher, en arrière et à droite de l'utérus, une assez volumineuse tuméfaction rénitente. Etat fébrile, affectant les allures de l'hecticité. Deux mois après l'entrée, pyurie ; quelques jours après, évacuations purulentes par le rectum, se reproduisant par la suite... Mort par cachexie...

Autopsie. — De chaque côté et en arrière du corps de l'utérus, il existe une double poche purulente, du volume d'un œuf, dont la paroi semble formée par la trompe. A droite, l'abcès ouvre dans le rectum par deux fistules ; dans l'épaisseur des parois de celui de gauche, est comprise la veine utéro-ovarienne complètement thrombosée ; la thrombose a envahi également l'iliaque interne jusqu'à son confluent. Pus verdâtre, épais, grumeleux, montrant à l'examen direct quelques bacilles de Koch et quelques streptocoques. (Du reste de l'autopsie, il ressort « que la tuberculose salpingienne est évidemment primitive. »)

4° Opératoirement, la ponction d'un pyosalpinx tuberculeux par voie *vaginale* dans un but diagnostique ou thé-

rapeutique, est suivie de fistulisation et d'écoulement purulent intarissable (Jamin et Violet, 04).

D. **Conséquences génitales**. — Les désordres anatomiques des annexes s'opposent, en général, à la progression ascendante des spermatozoïdes vers l'ovule et à la descente de l'ovule fécondé vers l'utérus, d'où deux éventualités : stérilité complète, ou grossesse imparfaite, extra-utérine.

1° La *stérilité* est fréquente dans la tuberculose annexielle, mais elle n'est pas la règle. Tout d'abord, il est possible, et même assez fréquent, que la stérilité constatée soit le fait d'autres causes, préexistant à la tuberculisation, et dont quelques-unes (malformations, atrésies), sont de nature à la favoriser. La tuberculose se produirait alors sur un appareil génital déjà stérile. Quand les lésions existent, la stérilité est forcée si les trompes sont oblitérées, coudées, si leur muqueuse s'est caséifiée, si les ovaires sont noyés dans les adhérences ou si, par réaction tardive, ils ont subi dans leur ensemble la dégénérescence scléro-kystique. La stérilité est probable, mais non certaine, si une portion d'ovaire est intacte et qu'une trompe soit perméable. La fécondation est possible même si les lésions sont alternes : trompe droite et ovaire gauche, par exemple. Des lésions de l'utérus peuvent permettre l'évolution de la grossesse si elles ne sont pas trop étendues ou trop profondes. Dans ces cas, la grossesse a un effet désastreux sur l'évolution des lésions.

D'autre part, la guérison de la tuberculose annexielle peut se faire dans des conditions anatomiques qui respectent la possibilité de fécondation et de grossesse normales : obs. 40 (Mac Naughton-Jones) ; obs. 98 (Tédenat).

Si l'ascension du spermatozoïde et sa fusion avec l'ovule peuvent ainsi se faire normalement dans certains cas, l'ovule fécondé peut être arrêté dans la trompe par diminution du calibre de celle-ci, inflexion anormale, troubles de vitalité de la muqueuse. Il en résulte une *grossesse extra-utérine*. Martin (cité par Murphy, 03), estime que la relation étiologique entre la grossesse tubaire et la tuberculose salpingienne est assez étroite pour que la constatation de celle-là fasse rechercher celle-ci.

Gorovitz (00) résume deux observations (1) ; Goodall (07) en a observé une sur 27 cas de tuberculose génitale, où le développement de la grossesse amena une exacerbation aiguë des lésions pré-existantes. Simmonds (09) a vu cinq grossesses dans une série de 80 cas ; l'une d'elles était tubaire. Voici une observation où la grossesse tubaire est probable :

33. Lenormant. — Abrégée. *Progrès Médical*, 1909, page 168.
Annexite tuberculeuse et hématocèle.

Femme de 25 ans. Deux enfants, une fausse couche. Depuis trois mois, douleurs abdominales plus marquées à gauche, sans fièvre. Trompes bilatéralement augmentées de volume et douloureuses ; la masse gauche était nettement plus grosse. Laparotomie. Péritoine parsemé de granulations abondantes, surtout nombreuses à la surface de l'utérus et des annexes. Petite quantité de liquide. A droite, trompe grosse, avec adhérences, non kystique. A gauche, tumeur annexielle comme le poing, remplissant en partie le Douglas et adhérente à l'intestin. Hystérectomie supravaginale : la trompe occupe la partie supérieure de la masse ;

---

(1) Warthin — *Medical News*, 1896 et Stober, *Am. J. of Obst.*, 1898.

Autres cas de Freericks. Oldtmann, Alexandre et Mozkowicz.

au-dessous d'elle, il y a une poche limitée par des fausses membranes, renfermant du sang noir et des caillots. On enlève les annexes gauches et la poche hématique. Suites parfaites.

34. Stein. — Résumée. *Thèse de Giessen*, 1904, d'après *Zentralblatt f. Gyn.* 1905, page 1579.
Sur l'étiologie de la grossesse tubaire.

Femme de 24 ans, opérée d'hématome péritubaire droit. Pelvipéritonite tuberculeuse. Etat infantile de la trompe avec deux diverticules profonds dans la région de l'isthme, envahis par une tuberculose secondaire. Il en resulta une endosalpingite tuberculeuse d'où occlusion de la région de l'isthme. L'œuf était dans la portion ampullaire de la trompe.

E. **Pronostic.** — Le pronostic de la tuberculose annexielle abandonnée à l'évolution spontanée, est généralement mauvais. La majorité des cas aboutissent à l'extension locale et à la généralisation à distance des manifestations bacillaires. Les malades meurent par les complications pulmonaires ou péritonéales, le plus souvent après une longue période de cachexie, d'hecticité. La fin est quelquefois abrégée par une généralisation aiguë granulique ou par un accident intestinal imputable à la péritonite (occlusion).

La mort n'est pas généralement le fait de la lésion annexielle en elle-même (Veit, 02). Les éléments du pronostic se trouvent surtout dans les complications : grossesse, infection secondaire par ouverture et fistulisation d'un abcès froid, état évolutif des autres manifestations tuberculeuses ; et, dans l'état général : l'amaigrissement rapide, la perte des forces, l'anémie, la diarrhée, la fièvre (Baisch, 07), sont des facteurs de pronostic défavorable. Au contraire, les tuberculoses florides, avec bon état gé-

néral, apyrétiques, sympomatiquement silencieuses, sont de pronostic favorable. Elles sont même susceptibles de guérir spontanément, avec cicatrisation des lésions par fibrose et calcification dans certains cas.

Le pronostic des cas où la thérapeutique rationnelle est instituée à temps, est beaucoup meilleur. La guérison clinique complète peut être obtenue, et même la guérison fonctionnelle, comme il sera indiqué à propos des résultats thérapeutiques. Ces résultats sont souvent inespérés et viennent donner un heureux démenti au pronostic très défavorable que l'état général ou l'extension des lésions avaient fait porter.

Une question se rattache à celle du pronostic : c'est celle de la contagion et de la transmission héréditaire de la tuberculose. La contagion du conjoint, théoriquement possible dans le cas de tuberculose du col utérin, ou de sécrétions utérines bacillifères, paraît ne pas exister de la femme à l'homme. On sait, qu'en sens inverse, des cas se sont produits de tuberculisation directe du col par un gland ulcéré de tuberculose (Tédenat, 05). La transmission directe de la mère au fœtus a été constatée ; il se fait une inoculation de la caduque par les sécrétions tubaires (Kraus, 04), suivie d'invasion du placenta, d'où passage direct par effraction des bacilles dans la circulation fœtale (Jung, 06 ; Simmonds, 04), mais cette éventualité est exceptionnelle.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose annexielle est loin d'être encore rigoureusement fixé, tant dans son principe que dans son mode d'application. Il convient donc d'examiner d'abord les opinions diverses et quelquefois contradictoires des auteurs pour tirer ensuite de leur discussion une ligne de conduite utile.

Les indications thérapeutiques ont été envisagées des points de vue différents de la localisation anatomique et de la nature étiologique des lésions. Il faut se rappeler aussi que le diagnostic de nature étant fait bien rarement avant l'intervention thérapeutique, et ici de l'intervention opératoire, c'est au cours d'une opération que le chirurgien devra arrêter sa ligne de conduite, conformément à la nouvelle étape qu'il aura franchie dans la précision de son diagnostic ; cela élimine souvent un certain nombre de méthodes qu'il aurait pu mettre en jeu si le diagnostic avait pu être fait.

A. **Annexite chronique.** — Dans la majorité des cas, le diagnostic d'annexite chronique constitue une indication au traitement chirurgical. La rétrocession des lésions, ou tout au moins leur guérison clinique, nécessite une durée

et une assiduité de traitement que ne compense pas la certitude du résultat définitif. Les rechutes aiguës, la perpétuation des symptômes pénibles, sont les menaces qui font pencher vers l'extirpation des annexes — partiellement ou en totalité — sans qu'ait à intervenir la notion d'étiologie.

B. **Phénomènes péritonéaux** : 1° **Aigus.** — Les pelvipéritonites aiguës, quelles qu'elles soient, présentent les mêmes indications symptomatiques : il y a des phénomènes inflammatoires qui relèvent de la médication anti-phlogistique et justifient des prescriptions analogues dans tous les cas. On recherchera donc la limitation des lésions par l'immobilisation au lit, la résolution des phénomènes congestifs locaux par l'eau chaude (lavements, bains vaginaux, enveloppements humides du bassin) ; l'atténuation du syndrome infectieux général par les antipyrétiques, les toniques. Le principe sera de chercher le refroidissement des lésions et de s'abstenir de tout traumatisme opératoire avant que l'organisme ait fait sa part dans le travail de défense réactionnel.

2° **Chroniques**. — La forme *pelvipéritonéale chronique* de la tuberculose annexielle ne se distingue pas suffisamment, en clinique, des annexites pures pour donner lieu à des indications spéciales. Ici encore, la raison d'agir chirurgicalement se trouve dans le peu de probabilité du succès d'un traitement médical.

La forme *ascitique* constitue une raison sérieuse d'intervenir chirurgicalement, non qu'elle ne soit pas susceptible de guérir par des soins médicaux, mais à cause de la rapidité avec laquelle un résultat favorable peut être

ainsi acquis. De plus, l'intervention permet de vérifier l'existence d'un foyer tuberculeux antérieur dont l'ascite n'est ainsi qu'un symptôme et d'en permettre le traitement par l'ablation, si celle-ci paraît indiquée par les constatations directes ainsi faites.

C. **Indications tirées de la nature tuberculeuse des lésions.** — Il est un point sur lequel tout le monde s'accorde, c'est la valeur du traitement diététique et hygiénique de la tuberculose en général quelle qu'en soit la localisation. C'est une indication formelle sur laquelle il est inutile d'insister.

La discussion ne se fait que sur les indications au traitement chirurgical, mais ici, le désaccord est au maximum entre les auteurs. « Il est évident, dit Faure (02), que tout foyer de la tuberculose génitale reconnu doit être détruit. C'est une règle absolue... ». « La tendance conservatrice est de plus en plus grande, répond Mac-Cann (08), et elle augmentera encore quand on connaîtra mieux la tendance spontanée de beaucoup de cas à la guérison ».

C'est en somme la question des indications opératoires dans la tuberculose qui se pose.

D'un côté, elle est résolue ainsi : tout foyer tuberculeux est le siège de lésions extensives, généralisables ; c'est une source constamment féconde en agents prêts à se disséminer, il faut en débarrasser l'organisme par une exérèse large, aussi souvent qu'il est possible. Si le foyer est primitif, la guérison est radicale ; si les foyers sont multiples, l'ablation d'au moins l'un d'entre eux permet la concentration des défenses de l'organisme sur les foyers qu'il est impossible d'enlever. Cette solution a été formulée au congrès de 1902 par J.-L. Faure : « Il n'est pas permis de laisser sciemment un foyer de tuber-

culose... Tout foyer de tuberculose développé dans les annexes doit être enlevé largement. » et par Pozzi: « Il faut toujours faire la castration totale ; pour cela, tout le monde est d'accord. » Si cette tendance n'est pas aussi unanime qu'on veut bien le dire, elle est toutefois formulée de la même façon par plusieurs autres auteurs : Macnaughton-Jones (04), Roux, de Lausanne (in Piétrowska, 02), Secheyron (05).

Mais un autre groupe formule autrement ses raisons d'agir : La tuberculose annexielle est susceptible de guérison spontanée, comme les diverses autres localisations bacillaires (Veit, 02) ; en tous cas, si la guérison complète est rare, la tendance à la cicatrisation est indéniable (Mac-Cann 08), et se manifeste par le développement des processus fibreux. Le chirurgien doit donc se contenter de suivre la nature, de tâcher d'en imiter les processus de guérison (Amann, 02). Le principe sera donc d'éliminer les organes ou portions d'organes, dont la restauration *fonctionnelle* est définitivement impossible quel que soit le mode favorable de cicatrisation qui intervienne ; de respecter au contraire tout ce qui dans les fonctions organiques est susceptible de réparation ; de supprimer en second lieu les causes de généralisation ou de récidive de l'affection ; de traiter pour leur compte les modifications surajoutées où le facteur tuberculose passe au second plan.

Les raisons favorables à ce point de vue se trouvent d'abord dans la pathologie générale de la tuberculose, qui enseigne la tendance du processus à la cicatrisation spontanée ; ensuite, dans les résultats cliniques de l'expérience des chirurgiens conservateurs. Pour la péritonite ascitique, la chose n'est pas niable, la laparotomie évacuatrice, idéalement conservatrice, est suivie de guérison non

seulement clinique, mais anatomique dans beaucoup de cas. Or, le fait est exact encore dans des cas où des lésions annexielles ont été vues au cours de la laparotomie et où le chirurgien est resté dans l'expectative, non pas à cause de la bénignité de ces lésions, mais hésitant à en entreprendre la cure radicale devant sa complication opératoire. Telles sont les observations de Bouilly (in Gorovitz, 01) : N° IV. Femme de 22 ans. Diagnostic : Kyste du mésentère et pyosalpinx gauche. En réalité, adhérences intestinales très étendues par péritonite tuberculeuse d'origine annexielle. La laparotomie est purement exploratrice. La malade est revue guérie quelques mois après . — N° X. Femme de 21 ans. Anses intestinales totalement adhérentes, farcies de granulations ; les annexes constituent des masses dures, volumineuses. Laparotomie purement exploratrice. Guérison qui se maintient *au moins pendant neuf ans.*

Telles les observations de Marcy :

35. H.-O. Marcy. — *Annals of Surgery*, 1905, 42, p. 55.

Jeune femme de 27 ans, non mariée. Anémie, un peu d'ascite, douleurs pelviennes, précédées d'irrégularité des règles et de dysménorrée. Tuméfaction des trompes avec utérus fixé par des adhérences. Laparotomie dans le but d'enlever les annexes. Tuberculose miliaire étendue au péritoine abdominal, à l'épiploon, à l'intestin. Le pelvis est en partie comblé par des masses considérables. On évacue l'ascite. Suture sans drainage. Pronostic très défavorable.

Convalescence rapide. Sortie après quatre semaines.

Deux ans après, elle était en bonne santé.

36. *Idem.*

Miss T..., 38 ans. Bonne santé, sauf dysménorrée. Douleurs vives subites. Un mois après, l'abdomen avait doublé de volume.

Diagnostic : *Péritonite tuberculeuse.*

Laparotomie. Il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent. Dans la cavité pelvienne, exsudats épais, fixant les organes génitaux. Tubercules miliaires disséminés sur le reste du péritoine.

Cette extension des lésions fait porter un pronostic très mauvais. Cependant, convalescence inattendue et rapide.

Telle encore celle de Bégouin :

37. Bégouin. — Résumée. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1905, p. 558.

Femme de 28 ans, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre. Enfance chétive, réglée à 13 ans, régulièrement. Pleurésie il y a huit ans. Ni grossesse, ni fausse couche. Il y a quatre ans, le ventre devient douloureux. Aménorrée. Ascite. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre à la moindre fatigue. Une métrorragie il y a trois mois. On sent un utérus fixé et de chaque côté de lui, mais surtout à droite, des tuméfactions un peu moindres que le poing, bosselées, irrégulières, immobiles et douloureuses. Ailleurs, dans le bas-ventre, rien de net, pas d'ascite. Diagnostic de *double salpingo-ovarite chronique.*

L'histoire de la maladie avec la pleurésie et la péritonite spontanée qui venait de précéder, firent penser à la nature tuberculeuse probable. Laparotomie : le péritoine sous-ombilical et le grand épiploon sont épaissis et parsemés de granulations tuberculeuses. Ils formaient avec les anses intestinales, l'utérus et les annexes, que je ne vis pas, un fouillis tellement inextricable dans le petit bassin que je renonçai à découvrir et enlever les annexes.

Sept mois après, la malade revint me voir ; elle était transformée, le visage plein, le teint coloré, l'œil indiquant la santé. Elle avait engraissé de dix kilos et pouvait travailler toute la journée.

Localement : aucune douleur, l'utérus était mobile et sur ses côtés on ne sentait rien d'anormal ; tout était souple ; indolent, sans aucune tuméfaction annexielle.

La guérison persiste depuis *deux ans,* complète et paraissant définitive.

Telle encore celle-ci :

38. Tédenat. — En partie in *Thèse de Cazeneuve*, 1901.
Salpingo-ovarite bacillaire ; péritonite bacillaire consécutive.

B. E..., 29 ans, ménagère, entre le 14 janvier 1901, pour douleurs du ventre.

Début, il y a dix mois, par des douleurs sourdes et continuelles dans le ventre et les reins, surtout fortes dans les mouvements, la marche. N'a pas cessé d'être bien réglée sauf, il y a six mois, une aménorrée de deux mois suivie d'une forte perte avec caillots (fausse couche probable.) Pertes blanches légères avant la maladie, plus abondantes depuis le début. Douleurs à la miction.

Sa mère est morte de pleurésie.

A 23 ans, fluxion de poitrine ; à 27 ans, influenza. Tousse à chaque période menstruelle depuis le début de ses règles. Rhumes fréquents. Depuis l'enfance, elle à la voix un peu voilée.

Réglée à 17 ans, 4 à 5 jours, abondamment avec de petits caillots. Fortes douleurs le premier jour. Mariée depuis trois ans. Pas d'enfant.

Elle tousse et présente au sommet droit des signes de bronchite bacillaire, avec expiration rude et prolongée.

Examen local, le 14 janvier : abdomen plat de femme maigre. Le col regarde un peu en avant, son axe prolongé traverserait la paroi vaginale postérieure à deux centimètres de la vulve. Les culs-de-sacs sont tendus, sauf l'antérieur. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent, en arrière du col, des nodosités plus marquées

à gauche, peu mobiles, paraissant être des duplicatures de la trompe. Utérus nettement en rétroversion, très fixé.

On pense à une tuberculose tubo-ovarienne.

On essaie d'un traitement conservateur : Priessnitz, injections chaudes, tampons vaginaux à l'ichtyol.

Les douleurs persistent, les lésions pulmonaires progressent.

7 février 1901. — Le toucher vaginal indique encore de l'infiltration dans le cul-de-sac postérieur et les nodosités de la trompe.

21 février 1901. — Laparotomie sous-ombilicale de 12 centimètres environ. Le péritoine est très épaissi, à tissu grisâtre, fragile, envahi par la tuberculose ; de crainte d'adhérences intestinales, il est ouvert d'un coup de doigt. Il sort un liquide ascitique mêlé d'un peu de sang, un verre à boire à peu près.

L'intestin est recouvert de granulations du volume à peu près d'une petite lentille. L'utérus est gros, noduleux. Sur les annexes, on trouve de grosses nodosités (comme des noisettes), les lésions sont plus avancées que sur le péritoine. Assèchement de la cavité péritonéale dans laquelle on fait séjourner quelques minutes des compresses humides d'eau oxygénée.

Suture totale à trois étages.

La cicatrisation se fait lentement, mais avec amélioration de l'état général. La malade sort le 2 mai 1901. Il y a un peu d'ascite.

La malade, qui a vécu au grand air, est revenue en août 1904, en état satisfaisant. Elle n'est plus réglée depuis le mois de mai 1902.

Morte avec ascite, en janvier 1905.

Voilà donc cinq ans de guérison *prolongée,* obtenue contre toute attente par l'intervention opératoire minimum dans des cas où l'opération radicale était impossible. La possibilité de ces succès inattendus est donc une raison valable de se tenir sur la réserve lorsque le remède serait susceptible de devenir pire que le mal (1). Dans d'au-

(1) Voir aussi : Walther, *Soc. Chir.*, 1896, p. 563 ; Beauvignon, *Th. Nancy* 1898, obs. de Chandelux.

tres cas, l'ablation est possible ; il y a souvent bénéfice à ce que cette ablation soit parcimonieuse. La conservation des fonctions annexielles et utérine n'est pas indifférente (Beyea, 04).

C'est surtout en matière d'ablation d'ovaires que la tendance conservatrice doit être à son maximum. De même qu'on n'ampute pas la jambe pour une ostéite tuberculeuse du tibia, de même, dit Murphy (03), il ne faut pas enlever tout l'ovaire, si on peut en réséquer seulement la partie tuberculeuse. On respecte ainsi les fonctions de sécrétion interne, ce qui évite les arrêts de développement dus à la castration infantile, les accidents de la ménopause artificielle et prématurée, bien qu'ils soient très rares (Tédenat), et la fonction d'ovulation.

La stérilité par tuberculose annexielle n'est pas la règle constante et des opérations partielles permettent de l'éviter, tout en guérissant la femme. Comme exemples, voici un cas de Murphy où l'intervention pratiquée à neuf ans a permis un développement normal et une puberté régulière.

39. Murphy. — Résumée. In *Am. J. of Obstet.*, janvier 1904, p. 35.

D. C..., 9 ans. Plusieurs poussées inflammatoires dans le bassin, réparties sur quatre mois. Dernière poussée, il y a six semaines. Ascite très abondante. Emaciation. Hecticité. Température élevée. Pas de douleur vive à la palpation. Hymen intact ; Douglas épaissi et sensible.

Diagnostic : *Péritonite tuberculeuse.*

Opération : granulations miliaires sur le péritoine pelvien. Pas d'adhérences intestinales. Trompes grosses comme un index d'adulte, franges libres. Ovaires non adhérents aux trompes, quoique très rapprochés. Salpingectomie bilatérale. On laisse l'utérus et les ovaires. Depuis, santé très bonne ; développement

normal en femme. Menstruation à 14 ans, régulière, sans douleurs. Depuis 10 ans et bien que l'opération ait été faite cinq ans avant la puberté, il n'y a eu aucun effet sur le développement, la menstruation, le système nerveux. Le contraste est frappant avec les cas d'ablation totale faite avant la puberté.

Les cas sont fréquents où l'ablation des trompes avec conservation des ovaires et de l'utérus a respecté la menstruation : Anspach, N° 74 ; Jaboulay-Patel, N° 69 ; Murphy, N° 5 ; Violet, N° 70 ; Tédenat, N° 99.

Si une trompe a été conservée aussi, la fécondation reste possible, et si rare que soit le fait, c'est là un argument de poids en faveur des tendances conservatrices. Tel est un cas de Macnaughton-Jones.

40. Macnaughton Jones. — *Roy. Soc. of Médecine*, 1908.
In *Lancet*, 1908, I, p. 1275.

Il y a six ans et demi, une femme fut opérée de pyosalpinx tuberculeux unilatéral et primitif. Depuis, elle a mené à bien *quatre* grossesses, dont une gémellaire. Récemment, à l'occasion d'une cœliotomie, pour paramétrite post-partum, on put constater l'absence de tout signe de tuberculose. La santé générale est excellente, ainsi que celle des enfants.

Telle est aussi une observation de Tédenat (voir plus loin n° 98).

Les résultats cliniques sont donc favorables à la limitation des interventions et permettent de ne pas être d'un radicalisme systématique. Ces résultats doivent être jugés d'après les statistiques et les impressions des chirurgiens qui conservent. Le point de vue des chirurgiens systématiques est en effet faussé par trois considérations : 1° les cas où ils se sont tenus sur la réserve opératoire, sont les cas trop graves pour qu'une opération

soit jugée supportable ; leur statistique des cas non opérés est donc mauvaise parce qu'elle ne comprend que de mauvas cas ; 2° de ce qu'une ablation d'organe est inoffensive, il ne s'ensuit pas qu'elle soit systématiquement indiquée sous prétexte que cet organe est susceptible de se contaminer ultérieurement si on le laisse ; or, c'est là ce qui est sous-entendu dans cette prescription de faire la castration totale pour une tuberculose annexielle unilatérale ; 3° enfin, si les opérations insuffisantes sont décelées dans les statistiques par les récidives, la contrepartie n'existe pas, et l'on n'est pas renseigné sur le nombre d'opérations qui sont en réalité excessives et partiellement inutiles.

Toutefois, il convient de ne pas tomber dans l'excès contraire et de savoir intervenir dans la mesure nécessaire. Celle-ci est déterminée par l'étendue des lésions : « Il faut enlever les annexes présentant des altérations profondes, qui, même non tuberculeuses, exigeraient leur ablation. » (Bégouin, 05). Les organes rendus inutilisables, supprimés fonctionnellement, doivent aussi être supprimés anatomiquement.

C'est la conduite que l'on doit tenir à l'égard des pyosalpinx, des abcès froids tubaires, des abcès ovariens ou périovariens où ne se reconnaît plus l'apparence normale de l'ovaire. Au contraire, les lésions en surface non suppurées, les semis de granulations sur des organes non hypertrophiés, les adhérences peu étendues ne justifient pas par elles-mêmes des ablations extensives. A plus forte raison, devra-t'on conserver les organes apparemment sains et ne pas se laisser entraîner à trop y craindre une tuberculose latente. Il convient seulement de se rappeler que, sans être fréquente, cette tuberculisation latente est

possible : Lœwy et Leuret (03) en ont publié un cas typique dans l'ovaire.

Il est cependant une forme clinique qui semble faire exception et où l'intervention systématique paraisse indiquée par l'expérience, même chez ceux qui préconisent le minimum d'ablation : c'est l'ascite d'origine tubaire. L'argument déterminant est ici non point la lésion actuelle, mais la probabilité de la récidive. Le Roy Bround (09) rapporte que Mayo ayant réopéré jusqu'à quatre fois des ascites tuberculeuses, se décida à l'exemple de Murphy à pratiquer la salpingectomie systématique ; sur 26 cas, il obtint 25 succès ; il n'y eut pas de récidive, alors que 7 de ces malades avaient déjà subi la laparotomie deux fois, trois fois, et l'une quatre fois. Lucy (08), qui croit la guérison spontanée possible conseille cependant l'ablation des trompes si elles paraissent tant soit peu atteintes dans une ascite tuberculeuse. Krœmer (08) justifie la salpingectomie dans la péritonite bacillaire, par la crainte non de la récidive, mais de la propagation descendante à l'utérus par le fait des sécrétions tubaires.

D. **Complications.** — Certaines complications de la tuberculose annexielle constituent des indications aux opérations larges et si possible radicales. Telle est l'existence d'associations microbiennes et de tendance à la purulence aiguë (Bernheim, 00). Telles sont les fistules à la peau (Violet, 07), la perforation dans la vessie (Violet et Chalier, 09), ou dans le rectum (Wenberg et Arnal, 03) qui demandent une ablation radicale quand une fois on a décidé de s'attaquer à elles.

E. **Contr'indications.** — En dehors de l'espoir en la force médicatrice de la nature ou aux procédés médi-

caux, quelles sont les contr' indications aux procédés chirurgicaux, radicaux ou partiels ? L'existence de lésions pulmonaires avancées paraît à tous les auteurs une contr'indication à peu près formelle. L'aggravation qui résulte de l'existence du foyer annexiel est moindre que celle du traumatisme opératoire ; d'ailleurs, le bénéfice à espérer de celui-ci serait illusoire, étant donnée la brièveté de survie présumable. Il en est de même de l'existence de foyers multiples en évolution parmi lesquels la localisation annexielle n'est qu'accessoire (Beyea, 00 ; Martin, 02). Dervaux (03) met aussi la pleurésie avec épanchement parmi les contr'indications.

Les degrés peu avancés de la tuberculose pulmonaire (Baisch, 07), les manifestations torpides ou peu étendues des autres foyers tuberculeux ne sont pas considérées comme des contr'indications opératoires. Au contraire, il résulte d'un certain nombre de faits que l'organisme profite de la suppression du foyer toxinogène principal au point de cicatriser les autres lésions : cas de Seligmann (in Murphy, 03) : guérison d'un lupus de la face déjà très ancien.

§ II

Les Moyens Thérapeutiques

Deux ordres de moyens thérapeutiques sont mis en jeu contre la tuberculose annexielle. L'un, médical, vise l'élément étiologique qu'il poursuit là comme ailleurs

sans localisation élective ; l'autre, chirurgical, est dirigé contre les organes atteints.

A. Thérapeutique Médicale.— 1° Elle comprend des les divers moyens *hygiéniques, alimentaires, médicamenteux* qui sont de mise dans tous les cas de tuberculose, de siège quelconque. Il ne convient pas au cadre de ce travail de les étudier longuement. Il suffira de tracer les grandes lignes. Mise au repos de l'organisme en général et de l'appareil atteint en particulier ; éviter le coït comme congestionnant et à cause du danger de la grossesse ; repos complet pendant les périodes menstruelles avec traitement symptomatique anodin de la dysménorrée. Séjour au grand air et au soleil, à la campagne ou au bord de la mer, sauf contr'indications tirées de l'état pulmonaire. Alimentation substantielle, mais en évitant l'excès de volume des aliments et en tenant compte de la tolérance gastro-intestinale. Usage au minimum des médicaments surtout par voie buccale ; les toniques comme l'arsenic (sous forme de cacodylates) seront parmi les médicaments conservés.

2° Une place spéciale doit être faite à la *médication spécifique par les tuberculines*. Inusitée ou à peu près en France, elle provoque à l'étranger des travaux intéressants qu'il convient de ne pas passer sous silence. Birnbaum (07) en a fait l'application systématique aux localisations génitales de la tuberculose, avec ce résultat qu'à la clinique gynécologique de Göttingue on ne fait plus de laparotomie pour tuberculose péritonéale ou génitale, que lorsqu'une complication vient créer une indication nouvelle. La dose employée correspond à 1/500 de milligramme de substance solide sous la forme de nouvelle tuberculine T. R. La durée du traitement est de deux à

quatre mois. Au bout de trois mois, on fait une épreuve de la guérison par l'injection de tuberculine à dose diagnostique. Les résultats sont favorables. Ce traitement peut être employé seul ou comme complément d'une opération palliative ou incomplète (Le Roy Bround, 09 ; Mac-Cann, 08).

B. **Thérapeutique chirurgicale.**

Il convient d'éliminer d'abord quelques procédés exceptionnels ou nettement défectueux. Ainsi Macnaughton-Jones (04), indique la ligature des vaisseaux (hypogastriques ?) dans les cas à marche rapide où l'ablation paraît irréalisable. Les opérations par colpotomie postérieure, la ponction simple du cul-de-sac postérieur, même comme procédé de diagnostic, sont à éviter : la place manque pour mener à bien une opération radicale par cette voie et les opérations partielles donnent lieu à des fistules intarissables.

1° *Procédés curateurs radicaux systématiques.* — La castration complète paraît seule à certains chirurgiens capable d'éviter la repullulation de la tuberculose. Elle se fait soit par le vagin, soit par l'abdomen. — La *voie vaginale* est peu recommandable : elle donne peu de jour, ne permet pas une appréciation exacte des lésions, surtout péritonéales ; elle expose aux déchirures de l'intestin adhérent ; des poches de péritonite enkystée peuvent passer inaperçues ; enfin, la malade ne bénéficie pas de l'influence favorable de l'accès de l'air dans la cavité péritonéale comme il se produit dans la laparotomie et qui est capable, à lui seul, de guérir non seulement des lésions superficielles, mais encore des lésions annexielles (Bégouin, 05). Par suite, bien peu d'auteurs recommandent-ils cette

voie. J.-L. Faure (02), Thomsen (05), l'emploient dans les cas de pyosalpinx où une infection surajoutée est à craindre, pour éviter la contamination péritonéale et assurer le drainage déclive.

La *voie abdominale* est donc la voie de choix (Pozzi, 02 ; Murphy, 03 ; Mac-Naughton-Jones, 04 ; Lea, 05 ; Thomsen, 05 ; Lucy 08 ; Mac-Cann 08). On fera alors l'hystérectomie totale avec ablation bilatérale des annexes (Pozzi, 02) ou la subtotale (J.-L. Faure, 02). Dans ce dernier cas, l'hémisection utérine permettant d'aborder les annexes par leur face inférieure facilitera leur dégagement du milieu des adhérences.

Ces adhérences, extrêmement tenaces, constituent le point délicat de l'intervention ; leur tiraillement risque de déchirer l'intestin auquel elles fixent les annexes et qui est devenu friable par extension du processus bacillaire. Le danger est d'autant plus redoutable que la perforation intestinale peut ne se produire que plusieurs jours après l'opération (Forgue).

2° *Procédés curateurs non systématiques.* — *a*) Au premier rang de simplicité figure la *laparotomie simple.* Elle est faite de propos délibéré pour l'évacuation d'une ascite quand les lésions annexielles sont cliniquement latentes et qu'on espère la guérison sans mutilation. Elle est quelquefois imposée par l'étendue des lésions, la solidité des adhérences, l'éruption confluente de tubercules péritonéaux. Il faut se rappeler que cette limitation opératoire forcée n'entraîne pas nécessairement un pronostic fâcheux, et qu'une telle opération peut être suivie d'un bon résultat. Les lavages de la cavité péritonéale à l'eau salée, à l'eau oxygénée étendue, peuvent être utilement

pratiqués comme complément de la laparotomie. La suture pariétale complète, sans drainage, sera faite de préférence.

b) Les *ablations minima* ne portent que sur les points manifestement atteints, elles sont donc *atypiques*, opportunistes. La trompe doit être enlevée en totalité, avec un fragment cunéiforme de l'angle utérin de façon à enlever la portion interstitielle. Sur l'ovaire, au contraire, il faut chercher à conserver le plus possible du tissu macroscopiquement sain restant, on en fera donc la résection partielle ou l'hémirésection. L'utérus ne sera enlevé que s'il présente des signes de propagation tuberculeuse : endométrite avec écoulement de pus d'abcès froid, friabilité de sa paroi caséifiée ou infiltrée. Toutefois, en cas d'ablation bilatérale des trompes, il sera souvent utile de l'enlever pour faciliter l'enlèvement des trompes, soit par hystérectomie subtotale préalable, soit par hémisection, soit enfin par le procédé américain. L'hystérectomie totale ne se fera que s'il y a, en même temps, des lésions cervicales.

3° *La question du drainage.* — Le *drainage* est très discuté. On peut le croire indiqué à cause de la purulence des lésions, de la reproduction partielle des épanchements péritonéaux de la possibilité d'hémorragie par des adhérences déchirées. Mais, d'une part, les dangers de la rétention du pus tuberculeux sont assez minimes, l'épanchement réactionnel est riche en antitoxines et joue un rôle actif de défense conre les bacilles, ainsi que semble le mesurer son index opsonique (le liquide ascitique est, au contraire « passé » et privé d'opsonines ; Lucy, 07). D'autre part, la pratique du drainage expose : à l'inoculation bacillaire du trajet intrapariétal, avec ulcération torpide de la paroi, ne guérissant que tardivement et par

cicatrice chéloïdienne sur éventration ; à l'infection secondaire de la région péritonéale où plonge le drain avec fistulisation et suppuration interminable d'où septicémie chronique, cachexie, hecticité ; aux adhérences du drain avec l'intestin, d'où ulcération de celui-ci, perforation et fistule pyostercorale (Pietrowska, 02). Quand on aura des raisons de drainer : crainte d'une infection secondaire, rupture intra-abdominale d'une poche purulente, il sera préférable de faire un drainage vaginal, autant que possible sous péritonisation exacte (Lucy, 07 ; Violet et Chalier, 09). Le danger d'ulcération du rectum n'en existe pas moins (Pietrowska, 02).

Le traitement des complications s'inspirera des indications du moment ; il est difficile de régler à l'avance la technique qu'il nécessitera. Autant que possible, l'extirpation des portions malades complètera l'intervention de façon à éviter les récidives.

III. Les résultats éloignés

Les suites opératoires immédiates sont en majorité favorables. Les cas malheureux sont dus soit à de la péritonite aiguë (infection exogène ou déchirure de l'intestin, perforation intestinale secondaire), soit à une généralisation granulique suraiguë. Ce dernier mode est heureusement exceptionnel.

Dans les cas moyens, la température tombe, la réaction organique se fait bien, la cicatrisation de la plaie opératoire est normale. Dans les cas d'ascite, il se fait assez souvent un nouvel épanchement qui se résorbe en une quinzaine de jours. La malade reprend des forces, souvent de l'embonpoint. Après une convalescence de quel-

ques semaines, elle sort de l'hôpital et, bien souvent, perdue de vue, elle est cataloguée comme heureusement guérie avec plein succès.

Or, les statistiques des cas suivis pendant longtemps enseignent que la survie est fréquemment moindre que un an. La mort survient par l'évolution des autres lésions tuberculeuses ou par l'apparition d'une forme aiguë. D'après Baisch (07), ce n'est qu'au bout de quatre ans que l'on peut considérer la guérison comme stable. L'étude des résultats éloignés est donc difficile parce que bien peu d'observations concernent des malades suivies aussi longtemps. D'une part, échappent des cas de guérison définitive, d'autre part, on manque de renseignements sur la durée de la survie et sur les causes de la mort.

Voici la statistique de Baisch (07) à la clinique de Doderlein, à Tübingue. Sur 13 cas de salpingite tuberculeuse, soignés exclusivement par des moyens médicaux, 8 sont mortes, les cinq survivantes sont améliorées subjectivement, mais ont toujours leur tumeur annexielle. Un groupe de 23 fut opéré après l'insuccès du traitement médical, 18 sont guéries ; les autres ont présenté des récidives sur la trompe considérée comme saine à l'opération et, par suite, conservée ; les récidives ont dans quelques cas nécessité une nouvelle intervention. L'auteur est donc favorable aux ablations assez larges et fait remarquer que « une partie de celles qui sont mortes et celles qui n'ont pas eu de guérison complète, sont celles à qui on a laissé une trompe ».

Sur un total de 275 observations, je n'ai trouvé que 38 cas (1) où une survie de plus d'un an fut signalée. Dans quatre cas, la mort était intervenue après deux, trois,

(1) Un dans *Th.* Martin (05), deux dans *Th.* Leuret (04), neuf dans *Th* Gorovitz (00), les autres dans cette thèse.

cinq ans, par cachexie ou lésions pulmonaires. Dans tous les autres cas, la malade était en bonne santé à l'époque où fut rédigée l'observation. Cette survie avait duré :

13 fois un ou deux ans ;
11 fois, trois ou quatre ans ;
7 fois, cinq ou six ans ;
7 fois au-delà de six ans.

La durée maximum de survie constatée en bonne santé est fournie par Tédenat (voir obs. 98). Elle est de dix-neuf ans. Les opérations pratiquées avaient été : quatre fois la laparotomie exploratrice, toute opération radicale ayant paru inutile devant l'étendue des lésions ; deux fois l'évacuation d'abcès pelviens ; quatre fois l'ablation unilatérale des annexes ; sept fois la salpingectomie bilatérale ; vingt et une fois la castration avec ou sans hystérectomie abdominale ou vaginale. — Est-ce à dire que la castration soit plus favorable que les opérations moins mutilatrices ? Il serait excessif de dire que ces vingt et une dernières malades n'auraient, certainement, pas pu guérir aussi bien par des opérations moins étendues. Il faudrait pour juger cette question une statistique intégrale et non une statistique élective. Aussi est-il permis de juger plus probants ces quelques cas où des interventions, quoique minimes, ont donné une survie aussi prolongée que les ablations les plus systématiques. A égalité de résultats *quoad vitam,* n'y a-t-il pas, en effet, à tenir compte : de la gravité moindre du traumatisme opératoire, de la probabilité plus réduite des accidents immédiats post-opératoires tels que l'ulcération intestinale secondaire par arrachement d'adhérences ; de la persistance de la menstruation avec son effet moral sur la femme pour qui elle symbolise la non-mutilation, et les effets matériels de la sécrétion interne ovarienne dont elle est la manifestation ;

de la possibilité de grossesse enfin qui, pour rare qu'elle soit, n'en doit pas moins peser d'un grand poids lorsqu'il est possible, par une simple modification de technique, d'éviter à la femme une condamnation définitive à la stérilité.

IV. Les formules du traitement

Le traitement médical esquissé ci-dessus : diététique. hygiénique et médicamenteux, sera systématiquement prescrit, quelle que soit la forme clinique de la maladie, soit isolément si les lésions locales paraissent trop graves pour les méthodes chirurgicales ou si des localisations bacillaires multiples et avancées (surtout au poumon) ôtent l'espoir d'une thérapeutique réellement curative, soit comme préliminaire à l'opération pour mettre la malade dans les meilleures conditions de résistance possible, soit enfin après l'intervention pour aider la nature à finir l'ouvrage dont le chirurgien n'a fait que le plus gros (Thomsen, 05 ; Brickner, 09).

C'est conjointement à ce traitement que l'on instituerait la tuberculinothérapie, si l'on se décidait à vaincre les répugnances actuelles contre ce mode thérapeutique.

Pendant les poussées aiguës des manifestations bacillaires pelviennes, le traitement sera purement médical, il tendra au refroidissement des lésions et remplira les diverses indications symptomatiques qui se présenteront : repos au lit, opiacés, applications humides froides : si les douleurs ne s'atténuent pas après deux jours, ne pas insister sur le froid et faire des applications chaudes (Goodall, 07) ; lavements chauds et irrigations vaginales. Eviter les purgatifs, les explorations vaginales, le tamponnement.

Dans les cas refroidis, l'intervention est *indiquée* pour permettre l'exploration directe des organes ; elle n'est *point inutile*, car la laparotomie purement exploratrice, ou simplement évacuatrice, peut donner des guérisons durables. L'intervention n'est *pas indispensable,* puisque le traitement médical peut donner la guérison clinique sinon la guérison anatomique et la restauration fonctionnelle, mais elle est utile même dans les cas torpides, subjectivement latents, pour mettre l'organisme à l'abri d'une extension secondaire ou tardive du processus tuberculeux, ainsi que de sa toxinisation progressive.

Cette intervention sera abdominale par laparotomie sous-ombilicale médiane. Le péritoine sera ouvert très prudemment à cause des adhérences intestinales possibles. — Au-delà, la conduite sera dictée par les lésions constatées, et il n'est possible d'indiquer ici que quelques types :

1°) *Ascite* cloisonnée par des adhérences minces, péritoine pelvien recouvert de granulations discrètes ; les annexes et l'utérus ne sont pas augmentés de volume, les lésions paraissent strictement limitées à la face séreuse. Evacuer tout le liquide, essuyer la cavité péritonéale avec des compresses imbibées d'eau oxygénée étendue de sérum artificiel. Suturer sans drainage. En cas de récidive, ou si les granulations prédominent sur les franges tubaires, ou si le pavillon des trompes est fermé et agglutiné par les adhérences : respecter les ovaires et l'utérus, faire la salpingectomie.

2°) *Pyosalpinx bilatéral,* abcès froid tubaire libre d'adhérences, ou trompes bosselées, déformées avec des nodosités couleur mastic et des coudures brusques, adhérences tubo-utérines ou tubo-pariétales ; il y a ou non des granulations péritonéales, les ovaires sont sains : faire

la salpingectomie bilatérale. L'utérus sera laissé s'il est facile de le respecter et s'il est sain. Si l'hystérectomie doit faciliter l'ablation des trompes en permettant de travailler de bas en haut (adhérences courtes et solides), il est permis de la faire ; si l'utérus est malade : gros, jaunâtre, friable ou hémorragique sous la pince à griffes, s'il y a des pertes purulentes, on doit la faire.

3°) Quand *l'ovaire* est atteint : périovarite adhésive, abcès de l'ovaire : si une partie de l'ovaire reste macroscopiquement intacte d'un côté on doit réserver cette partie. Si la tuberculose de l'ovaire est isolée, on doit respecter les trompes et l'utérus. Quand on ne trouve rien de sain dans l'ovaire, la castration totale doit être faite. Il est inutile de laisser les trompes saines quand on doit enlever les ovaires. Quant à l'utérus sain, dans ce cas, son rôle fonctionnel devenant nul, il est permis de l'enlever ; on se guidera sur le principe de ne pas ajouter à l'intervention de complication inutile pour décider si l'on fait l'hystérectomie.

4°) Enfin, quand le petit bassin est rempli *d'adhérences* serrées, l'isolant comme un dôme du reste de la cavité péritonéale, quand les adhérences à l'intestin sont intimes et étendues et masquent complètement annexes et utérus, il est prudent de s'abstenir et de refermer sans essayer une intervention qui resterait forcément incomplète et prendrait une gravité très considérable.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

A. — Inédites

41. — Tédenat (Inédite)

Ascite, granulations tuberculeuses du péritoine pelvien. Salpingite caséeuse bilatérale avec points de calcification. Guérison avec survie de trois ans après castration totale.

Julie R...,23 ans. Mère morte à 40 ans, de phtisie pulmonaire. Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à 21 ans. Alors suppression des règles, leucorrhée. Depuis cinq ou six mois, amaigrissement, pas d'appétit, coliques, fréquentes, alternatives de diarrhée et de constipation. Tuméfaction progressive du ventre.

M. Tédenat voit la malade le 7 mai 1897. Femme maigre, pâle avec ascite notable ; douleurs pelviennes datant de trois ou quatre mois.

Le toucher rectal, la malade étant vierge, fait percevoir des masses dures, noduleuses de chaque côté de l'utérus.

Diagnostic. — *Ascite avec tuberculose des annexes.*

La malade est opérée le 12 mai 1897. Environ deux litres de liquide ascitique avec flocons fibrineux nombreux. Semis de granulations sur l'utérus, le péritoine pariétal. Annexes peu adhérentes. Ablation en bloc des annexes et du corps utérin sans grandes difficultés. La cavité pelvienne est asséchée avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée. Suture de la paroi sans drainage.

Guérison rapide malgré reproduction au cinquième jour d'un

épanchement ascitique qui se résorbe en quinze jours. La malade quitte le service le 18 juin 1897, Santé générale bien améliorée.

Deux ans après, elle vint habiter Montpellier en bonne santé. Une grande pièce avec jour sur un escalier, abritait son père, tuberculeux pulmonaire à la troisième période, un jeune frère avec ganglions caséeux du cou. La malade se mit à tousser et succomba en août 1900, quelques mois après son père.

Examen des pièces. — Trompe gauche du volume d'un œuf avec pus caséeux, plis de la muqueuse épaissis, noduleux, tubercules gris et jaunes. Erosions et ulcérations cratériformes. En quelques points, dans l'épaisseur de la paroi, grains calcaires. Ovaire gauche avec des îlots scléreux, sablés de grains calcaires. Ovaire droit scléreux du volume d'une fève.

Trompe droite dure, noduleuse.

42. — Tédenat (Inédite)

Enormes trompes tuberculeuses prises pour des myomes utérins. Extirpation. Guérison.

Mme L..., 41 ans. Mère morte de tuberculose ; une sœur plus jeune très bien portante. Réglée à 14 ans, régulièrement pendant 3 ou 4 jours ; mariée à 23 ans. Santé générale satisfaisante jusqu'à 31 ans. Jamais de grossesse.

A 31 ans, règles prolongées pendant 8 à 10 jours, avec caillots, sans douleurs vives ; un peu de pesanteur abdominale. A 33 ans, règles très abondantes avec caillots, durent 12-15 jours. Pertes blanches insignifiantes. Malgré que l'appareil digestif fonctionnât bien, la malade était anémiée par les ménorragies. Plusieurs gynécologues des plus éminents consultés diagnostiquèrent : *Myome utérin.* (Laroyenne, Fochier, Terrier.) Ils conseillèrent l'hystérectomie, sans insister par suite de l'état général mauvais : anémie extrême, œdème des membres inférieurs... La malade fit plusieurs saisons à Salies-de-Béarn, à Balaruc et obtint un peu d'amélioration de sa santé générale, et une diminution temporaire des ménorrhagies (1901-1902.).

En juin 1903, M. Tédenat constate : grosse tumeur, remontant

à l'ombilic, remplissant tout le bas-ventre, faisant corps avec l'utérus, dont le col est dur et petit. Toute la masse est mobile ; l'exploration est indolore. L'état de la tumeur n'a pas changé depuis trois ans.

Malgré tous les soins locaux et généraux, les hémorragies continuant, et quelques douleurs lombo-sacrées étant survenues depuis deux ans, la malade exige une opération. Elle est pratiquée le 10 janvier 1905 par les professeurs Tédenat et Gangolphe, aidés par les docteurs Albigès et Dusser. M. Gangolphe a souvent examiné la malade depuis sept ans ; il insiste sur le peu de modifications subies par la tumeur depuis cinq ou six ans.

Le ventre ouvert, on voit quelques granulations grises disséminées sur l'intestin. Les deux trompes apparaissent, ayant chacune la forme d'une main coupée à trois ou quatre travers de doigts au-dessus du poignet, et étalée sur les côtés et la face postérieure de l'utérus auquel elles adhèrent. Pas d'adhérences à l'intestin, ni aux parois pelviennes. D'un coup de pouce, chacune est détachée de l'utérus, liée et sectionnée. On laisse en place l'utérus plus petit que la moyenne ; vu l'état de faiblesse extrême de la malade, il est prudent de ne pas prolonger l'opération. Celle-ci a duré dix minutes à peine, et a été presque exsangue.

Après six jours d'injections de sérum, de lavements salés à garder, d'injections de strychnine, d'huile camphrée, la température très basse (35°6) se relève, le pouls devient perceptible, et la malade revient à la vie.

L'opérée, très faible pendant un mois, put se promener à pied dès le second mois. Elle succomba au quatrième mois d'indigestion. Il y avait eu réunion immédiate.

Les trompes d'aspect blanchâtre, bosselées, closes à l'orifice externe, avaient une paroi épaisse de trois à cinq travers de doigts suivant les points. La portion externe, du volume des deux poings était remplie de bouillie jaunâtre, demi-solide. Sur la coupe de la paroi, îlots caséeux disséminés entre des tractus fibreux et du tissu lardacé.

Les lésions étaient identiques des deux côtés. Les deux ovaires formaient un bloc fibreux calcifié dans sa totalité.

43. — Tédenat (Inédite)

Enorme ascite. Pyosalpinx caséeux bilatéraux. Ablation totale de l'utérus et des annexes par voie abdominale. Guérison persistant cinq ans après l'opération.

Sarah R..., 33 ans, romanichelle. Grosse, grasse, femme brune. Réglée à 12 ans, a eu six enfants dont quatre morts avant cinq ans. Les deux autres (11 et 13 ans) se portent bien.

Depuis deux ans, aménorrhée totale ; le ventre a grossi, assez souvent douleurs de ventre surtout dans la région hypogastrique. Appétit bon, digestions satisfaisantes. Depuis trois mois, augmentation plus rapide du volume du ventre ; douleurs sacro-lombaires.

La malade entre salle Desault le 3 mai 1896.

Enorme ascite. L'exploration combinée donne : vulve et vagin en bon état. Utérus en rétroversion droite. Grosse masse arrondie du volume du poing, correspondant aux annexes gauches. Masse analogue du volume d'un œuf, répondant aux annexes droites. Mobilité relative de l'utérus et des annexes. L'exploration est peu douloureuse. Rien de net aux poumons. Grands viscères en état satisfaisant.

8 mai 1896. — Laparotomie médiane. Environ cinq litres de liquide ascitique gris rosé avec rares et menus flocons fibrineux. Quelques granulations grises disséminées sur l'intestin grêle, rouge et congestionné. Les annexes gauches sont décollées sans grande difficulté et excisées au ras de l'utérus. Ligature de l'utérine gauche. Section circulaire du vagin. Ligature de l'utérine droite. Annexes droites décollées de bas en haut. Suture de la tranche vaginale. Péritonisation incomplète, et complétée par la suture le l'S iliaque au péritoine pelvien.

Assèchement de la cavité avec des compresses de gaze imbibées d'eau oxygénée. Suture de la paroi sans drainage.

La malade a des vomissements répétés pendant deux jours et une poussée fébrile intense. Au dixième jour, la fièvre étant tombée depuis trois jours et l'état général étant bon, on constate une ascite considérable sans douleurs notables. Petit abcès pariétal

inférieur qui suppure pendant 10 jours. L'ascite se résorba lentement, en trois semaines environ. La malade quitta l'hôpital le 15 juillet : ventre souple, sans ascite, santé générale bonne.

MM. Dusser et Tédenat l'ont vue bien portante jusqu'en mai 1901. Pas revue depuis.

Examen des pièces. — Utérus volumineux (10 cm. de longueur intérieure, 7 cm. de large), bosselé, dur, avec deux nodules fibro-caséeux dans les plans internes au niveau de l'angle tubaire gauche. Muqueuse épaissie, tomenteuse avec ulcères cratériformes au niveau des nodules tuberculeux.

Trompe gauche : Orifice externe fermé par un bloc de tissu dur, fibreux à la coupe avec menus foyers caséeux. Elle a le volume d'un gros œuf. Sa surface externe est hérissée de tubercules jaunes, du volume d'un grain de maïs, occupant le tiers externe dilaté. La paroi est épaisse de trois à cinq centimètres suivant les points, scléreuse avec de rares nodules fibro-caséeux, à la plupart desquels correspondent des ulcérations cratériformes s'ouvrant au niveau de la muqueuse. Celle-ci est épaissie, avec des plis saillants, durs, sur lesquels existent des tubercules gris ou jaunes. Cette disposition ne se voit bien qu'après évacuation d'un pus caséeux épais.

L'ovaire, scléreux, est enfoui dans des adhérences qui le relient à la trompe et à la paroi postérieure de l'utérus.

Les annexes du côté droit présentent des lésions analogues avec moins de volume. Quelques grains calcaires sur le péritoine de la trompe au voisinage de l'orifice externe oblitéré.

44. — **Tédenat** (Inédite)

Salpingite tuberculeuse.

M. M..., 24 ans, ménagère, entrée à l'hôpital le 10 décembre 1898, pour métrorragies.

Au mois de novembre 1898, elle aurait reçu un coup de genou dans le ventre. Trois ou quatre jours après, douleurs dans le ventre et dans les deux fosses iliaques, hémorragie assez abondante qui a duré quelques jours. Depuis, la malade perd tous les jours du sang rouge et des caillots, sauf pendant une interruption de

deux ou trois jours. Pas de douleurs dans les reins ou les cuisses. Pas de troubles de la miction. Il persiste encore quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Rien de spécial dans les antécédents.

Réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleurs, d'une durée de dix à douze jours. Pas de pertes blanches. Mariée à 17 ans, trois accouchements normaux à terme.

Etat actuel à l'entrée : femme en mauvais état général, maigre, à teint terreux. Anorexie. Les hémorragies sont quotidiennes.

Au toucher, l'utérus est rétroversé et rétrofléchi, il s'élargit rapidement au dessus du col. La trompe gauche est adhérente. Diagnostic : *Utérus fibromateux avec salpingite gauche.*

22 décembre 1898. Hystérectomie vaginale. L'utérus s'enlève assez facilement. Les annexes gauches sont adhérentes ; on est obligé de s'y reprendre à plusieurs reprises avec les doigts pour les détacher. On ne laisse pas de pinces à demeure, ligature à la soie des deux ligaments.

Les suites sont bonnes, quoique un peu fébriles. Cicatrisation complète le 12 janvier 1899.

Examen des pièces. — L'utérus est volumineux, il est long de 9 centimètres, large de 6 avec une cavité de 7 centimètres. Il n'y a pas de fibrome distinct.

La trompe gauche est en forme d'aubergine avec torsion spiroïde au niveau du pédicule. Oblitération de l'ostium abdominale où existe un bloc fibreux avec des menus foyers caséeux secs. Sur la section, faite suivant l'axe, la paroi a une épaisseur qui varie de 15 à 25 millimètres suivant les points. Tissu dense, dur, gris avec des nodules jaunes disséminés, quelques-uns caséo-purulents. La muqueuse est lisse, comme atrophique, sauf au voisinage de l'orifice abdominal où existent trois nodules, fibro-caséeux du volume d'un grain de maïs.

Trompe droite : surface externe rouge avec quelques tubercules disséminés vers son tiers externe. Orifice abdominal oblitéré par des adhérences molles. Paroi épaisse de 8 à 12 millimètres suivant les points. Pus séreux. Muqueuse frangée avec de menus tubercules gris disséminés.

La malade a été revue en bonne santé, en mai 1904, soit : *quatre ans et demi* plus tard.

45. — Tédenat (Inédite)

G. M..., 23 ans, entrée à l'hôpital le 29 mars 1901, pour douleurs bilatérales du ventre avec pertes rouges très abondantes. Les douleurs sont très vives.

Le toucher très douloureux montre une annexite bilatérale. L'utérus est en antéversion exagérée ; le col est au sacrum.

Traitement par les injections très chaudes et le Priessnitz. Les douleurs s'atténuent peu à peu. Les règles viennent à l'époque normale et durent huit jours. Pertes blanches abondantes.

Le 6 mai 1909. Hystérectomie vaginale par hémisection utérine. Les annexes gauches sont faciles à enlever. Les annexes droites ne peuvent être enlevées que difficilement.

Suites assez bonnes. Sortie le 15 juin 1901, ne souffrant pas.

Examen des pièces. — L'utérus est gros, dur et friable. L'un des ovaires portait un petit kyste qui a été rompu au cours de l'opération.

La muqueuse de la trompe droite est hérissée de saillies dures grises ou jaunes, quelques-unes creusées en cratère, et contenant du pus caséeux. Des nodules du volume d'un pois font saillie sous la séreuse ; à la coupe, ils ont l'aspect gris-jaune du tubercule.

Suites éloignées. — La malade a été revue en bonne santé par M. Tédenat en juin 1908. Elle présente quelques craquements du sommet droit et a des rhumes fréquents. Santé générale satisfaisante, sauf quelques coliques de temps en temps.

46. — Inédite. Service de M. le Professeur **Forgue.**

Atrophie congénitale de l'utérus. Tuberculose de l'utérus et de la portion utérine d'une trompe.

E. M..., 22 ans, entrée en mai 1909, salle Dubreuil, n° 7. N'a jamais été réglée. Depuis l'âge de 15 ans, elle présente tous les mois, à peu près à époque fixe, des douleurs abdominales, des nausées, et un peu de ballonnement. Depuis trois mois, les dou-

leurs sont continuelles ; elles ont débuté brusquement du côté gauche, assez vives pour obliger au repos du lit pendant quatre jours. Nausées. Pas de vomissements. Depuis, il y a quelques intermittences dans les poussées douloureuses. Pas de pertes blanches. Pas de constipation ; pas de pollakiurie ; il y a quelquefois un peu de douleur à la miction. Etat général bon. Habitus extérieur normal. Pas d'atrichose. Seins bien développés.

Hymen intact. Col conique, petit, orifice petit limité par deux lèvres nettes. Utérus en forte antéflexion. Sur le côté gauche de l'utérus, on sent une tuméfaction qui paraît due aux annexes. — Par le toucher rectal, on perçoit assez haut une tumeur dure, douloureuse, dans laquelle on ne délimite pas l'utérus et qui paraît constituée par les annexes gauches.

Le 26 mai 1909. — Laparotomie. Hystérectomie subtotale.

L'ovaire gauche est très volumineux, distendu par de multiples cavités séreuses, il était fixé très étroitement à l'S iliaque en position haute. A droite, ce sont des lésions adhésives qui prédominent : les annexes sont collées contre le flanc de l'utérus et difficilement décorticables.

La trompe gauche est réduite à un petit cordon, plutôt plat, rectiligne terminé en cul-de-sac. La trompe droite est mieux développée. Elle présente à son point d'insertion sur la corne utérine, une tumeur bosselée, du volume d'une grosse amande qui transparaît sous la séreuse en teinte blanc jaunâtre.

L'utérus frappe par son peu de développement. L'hystéromètre y bute à la partie moyenne. A la coupe, on y voit un arbre de vie très marqué jusqu'au fond de la cavité perméable. Celle-ci est fermée en cul-de-sac, à trois centimètres du fond utérin. En continuant à inciser dans l'axe le tissu utérin, on ouvre successivement plusieurs cavités, remplies d'un pus très crémeux, comparable plutôt à du contenu dermoïde qu'à du caséum tuberculeux ; ces cavités se prolongent jusqu'au niveau de l'insertion tubaire. Il n'est pas possible d'affirmer avec certitude l'origine tubaire de la masse caséeuse située à l'extrémité interne du cordon qui représente la trompe, à cause de l'imperméabilité de celui-ci.

La trompe droite présente dans sa région interne une cavité kystique à contenu un peu trouble.

L'examen microscopique confirme la nature tuberculeuse des lésions.

47. — Inédite. Service de M. le Professeur **Forgue**.

Péritonite tuberculeuse, tuberculose de la trompe.

J. O..., 17 ans, entrée à la villa Fournier, en octobre 1909. Réglée à 16 ans ½. Il y a trois ans, pleurésie ; à la même époque, ballonnement du ventre, avec diarrhée abondante, sans douleurs ni vomissements ; la guérison dure un an. Il se produit alors une série de ménorragies avec caillots ; la perte durant sept à huit jours. En juin 1909, ballonnement énorme, constipation opiniâtre ; il y a des douleurs à la palpation. L'augmentation de volume du ventre a duré depuis cette époque. Il y a vingt jours, crise douloureuse avec vomissements pendant toute une nuit. Actuellement, l'état général est bon. Les fonctions digestives sont normales ; il n'y a pas de douleurs abdominales. Menstruation irrégulière quant à la date. Le ventre est un peu gros, on y décèle un peu d'ascite. A gauche, et jusqu'à la ligne médiane, on sent de la résistance musculaire, au dessus d'un gâteau assez profond, mal délimité et sonore à la percussion. Au toucher, virginité douteuse. Col gros, entr'ouvert ; les annexes paraissent légèrement augmentées de volume.

Le 28 octobre 09. Laparotomie médiane. Ascite cloisonnée par des membranes glutineuses ; petit bassin comblé d'adhérences rougeâtres parsemées de granulations. Il n'y a guère que la trompe gauche de visible. Elle est enlevée, avec beaucoup de difficultés de libération. Attouchement au naphtol camphré.

Examen microscopique (dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc). — Tout le tissu de la trompe a subi une transformation tuberculeuse : vastes espaces caséifiés, conglomérés par endroits. En d'autres points, entre les amas de dégénérescence avancée et partiellement liquéfiés, on trouve des espaces de tissu embryonnaire parsemés de follicules tuberculeux à volumineuses cellules géantes et à limites imprécises. (Infiltration tuberculeuse diffuse.)

Un fragment prélevé au niveau de la cavité, présente une prolifération intense de l'épithélium et du chorion qui remplit complètement la cavité. Dans le tissu conjonctif, qui constitue les papilles, on note le développement de tissu embryonnaire et de

follicules tuberculeux qui augmentent de volume, se multiplient et forment des masses considérables qui refoulent l'épithélium intermédiaire, le compriment, puis dégénèrent à partir du centre.

La paroi est infiltrée de petits foyers à cellules rondes, et certaines présentent une formation folliculaire plus ou moins avancée.

48. — Inédite. Service de M. le Professeur Forgue.

Péritonite tuberculeuse utéro-annexielle avec ascite.

M. P..., 23 ans. Entrée pour douleurs abdominales, le 26 janvier 1906, salle Dubreuil.

Réglée à 18 ans. Les règles durent trois ou quatre jours, sont indolores, avec quelques caillots. Pertes blanches légères dans l'intervalle. Accouchement normal avec suites bonnes, il y a trois ans. Depuis août 1905, les règles sont suspendues ; le 15 août, elles avaient été peu abondantes et n'avaient duré que 48 heures. A ce moment, douleurs assez minimes, d'ailleurs, dans la jambe droite. Le ventre se ballonne et grossit ; elle est obligée d'interrompre son travail il y a deux mois. Appétit bon, pas de vomissements. Rien de thoracique. Bon état général, pas d'amaigrissement. Ventre gros, étalé dans les flancs. Pas de circulation veineuse développée. Un peu de saillie de la cicatrice ombilicale. Eventration.

Le palper ne fait sentir aucune tumeur abdominale. Il y a de l'ascite, mais la sensation de flot n'est pas nette, et le liquide se déplace peu dans les changements d'attitude. Au toucher : col déchiré. Dans le Douglas, il y a une masse dure, irrégulièrement bosselée qui en occupe toute la largeur. Elle est surtout nette au toucher rectal. Elle paraît adhérente à l'utérus, qui, lui, est mobile et non douloureux.

Le 5 février 1906. Laparotomie médiane. Adhérences de l'intestin à la paroi. Issue de deux à trois litres de liquide citrin. Sur les parois séreuses, il y a quelques granulations. L'intestin, l'utérus et les annexes en sont. au contraire, couverts. L'utérus et les annexes sont très adhérents, au fond du Douglas.

Les deux trompes, volumineuses, forment pyosalpinx et sont

accolées à la face postérieure de l'utérus. La gauche est la plus développée ; libération pénible des adhérences avec le fond du Douglas. Elle contient du pus caséeux. Son extrémité terminale, close et distendue est couverte de granulations presque confluentes, dont quelques-unes forment de petits amas caséeux. La trompe droite, collée au flanc de l'isthme utérin, est très adhérente et laissée en place. Attouchement du Douglas au naphtol camphré. L'examen de la trompe enlevée démontre la nature tuberculeuse des lésions.

Suites bonnes. La malade passa en médecine pour pleurésie. A ce moment, du côté de l'abdomen, la guérison paraissait parfaite.

49. — Inédite. Service de M. le Professeur **Forgue**.

Cancer du col utérin. Pelvipéritonite tuberculeuse.

B..., 35 ans, entrée en novembre 1907, salle Dubreuil.

Début il y a deux ans, ménorragies sans métrorragies. Au début et à la fin des règles, pertes roussâtres et fétides. Il y a aussi des pertes blanches. Douleurs prémenstruelles, abdominales et lombaires.

Antécédents : un accouchement. Amaigrissement, constipation, douleurs pendant la défécation. Pollakiurie douloureuse. Jamais d'hématurie. Au toucher, ulcération bourgeonnante sur la partie gauche du col, laquelle est presque complètement érodée. L'utérus est gros, mobilisable.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on atteint une tumeur, dure et immobile, haut située, indolore.

Le 2 décembre 1907. Laparotomie. Le fond utérin plonge dans une poche de péritonite cloisonnée ; l'intestin est très adhérent à ce niveau et forme comme un dôme d'adhérences. Péritoine pelvien couvert de granulations. Dégagement laborieux des annexes, volumineuses et adhérentes au fond du Douglas, surtout à gauche, où la trompe est transformée en un gros pyosalpinx, fixé à l'S. iliaque. Castration totale. L'examen histologique démontre la nature tuberculeuse des lésions salpingiennes. Le col porte un épithélioma cylindrique. Sortie en bon état en janvier.

50. — Inédite. Service de M. le Professeur **Forgue**.

Annexite tuberculeuse.

R. R..., 35 ans. Entrée pour douleurs abdominales, salle Dubreuil, le 12 mars 1906.

Réglée à 13 ans, normalement, pendant trois ou quatre jours. Mariée à 25 ans, pas de grossesse, pas de retard de règles, Il y a déjà quinze ans qu'elle souffre le jour de l'apparition de ses règles. Les règles avancent en général de quatre à cinq jours. En dehors de la période menstruelle, pas de douleurs. Quelques pertes blanches. L'examen fait porter le diagnostic d'annexite gauche.

Le 10 avril. Laparotomie. Opération difficile à cause de divers incidents d'anesthésie et des adhérences à l'intestin grêle. Il est impossible de libérer complètement l'utérus et les masses annexielles qui sont bloquées dans le Douglas par des adhérences que le doigt n'arrive pas à cliver. On ouvre, au niveau des annexes gauches, un abcès à contenu consistant, en bouillie crémeuse, ressemblant à de la matière sébacée. Avec difficulté, les annexes gauches sont irrégulièrement dégagées. Gros drain abdominal dans le Douglas, enlevé le dixième jour. Sortie guérie fin mai.

L'examen microscopique des annexes gauches enlevées a montré la nature tuberculeuse des lésions salpingiennes.

51. — Inédite. (Due à l'obligeance de M. le professeur **Estor**).

Tuberculose de l'ovaire.

H. S..., 31 ans, entrée à l'hôpital le 25 avril 1906, pour douleurs abdominales siégeant à gauche, apparues il y a deux mois. Antécédents héréditaires nuls.

Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde l'an dernier ; elle en est complètement rétablie depuis le début de l'année.

Elle souffre du flanc gauche, surtout lorsqu'elle marche ; il lui est impossible de se livrer à ses occupations habituelles. A la palpation du ventre, on constate de l'induration à gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. An toucher, on trouve

le col fortement déjeté à droite. Le cul-de-sac latéral gauche et le cul-de-sac postérieur sont remplis par une masse indurée ; ils sont douloureux à la pression. Le sommet droit présente des signes d'induration, il y a de l'expiration prolongée. Diagnostic : *annexite gauche*. Comme nature on pense à une *annexite bacillaire*, ou à une complication éberthienne tardive.

2 mai 1906. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve, à gauche, une tumeur développée aux dépens des annexes et du volume du poing. Comme on prévoit une dissection fort laborieuse, on sectionne le ligament large droit et on coupe l'utérus transversalement dans la portion sus-vaginale. On peut ainsi décortiquer la plus grande partie de la tumeur annexielle. Au cours de l'opération il se crève une poche purulente. On enlève la plus grande partie de la poche, mais la partie la plus profonde est solidement cimentée ; elle cède sous l'action des pinces et du doigt. On est donc obligé de laisser une portion de paroi sur laquelle on fait une péritonisation exacte. Deux drains sont placés dans cette poche, un troisième dans la cavité péritonéale.

Suites sans incidents : les drains ne sont enlevés que le quinzième jour.

Examen anatomique (dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc). — Examen macroscopique : utérus normal à muqueuse congestionnée. Trompe normale. L'ovaire n'est pas visible, on constate un kyste du volume d'un petit œuf, rempli de liquide. Sa paroi est épaisse, rouge-noir, tomenteuse, avec des points jaunâtres. Une section montre à la partie postérieure un reste de tissu ovarien renfermant un kyste du volume d'une noix, à paroi chagrinée, jaunâtre, pointillée de rouge et renfermant un caillot aplati.

Examen microscopique : La paroi de la poche est formée par un tissu infiltré de petites cellules rondes, renfermant à intervalles très rapprochés des follicules tuberculeux diffus à volumineuses cellules géantes avec caséification rapide. Ces follicules se désagrègent dans la cavité. Au dessous, zones de tissu ovarien parsemé de foyers de cellules rondes de volume variable. Au dessous, enfin, est la paroi du kyste parcourue par des vaisseaux volumineux et présentant des hémorragies diffuses. Sur d'autres points moins avancés, paroi enflammée, épaisse, formée de vastes

amas, d'aspect lymphoïde à la surface, et des foyers périvasculaires plus petits dans la profondeur. Cette infiltration aboutit à la dégénérescence centrale.

Il s'agit en somme d'une tuberculose folliculaire de l'ovaire, à marche rapide.

52. — Inédite. Dûe à l'obligeance de M. le professeur **Soubeyran**.

Tuberculose de la trompe à forme scléreuse

Il s'agit d'une jeune fille, vierge, de 20 ans. Elle souffre du ventre depuis sept ans. Les règles ont manqué pendant les cinq premiers mois, puis ont reparu deux fois. L'état général est bon, le faciès excellent. Rien à signaler en dehors du système génital.

Au toucher, l'utérus paraît gros, il est flanqué d'une masse située surtout en arrière, grosse comme le poing, très dure, et qui est accessible également au-dessus du pubis.

On pense à une tumeur, probablement kystique, de l'ovaire. Le 22 mars 1909, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'intestin présente des adhérences multiples et serrées, il masque entièrement le petit bassin et ne peut être décollé qu'avec difficulté. Quand on arrive sur l'utérus, on fait l'hystérectomie subtotale de façon à se donner du jour. On arrive ainsi à enlever les masses annexielles informes, noyées dans les adhérences fongueuses avec poches suppurées. Ablation atypique suivie d'un nettoyage exact du petit bassin.

Drain abdominal. Les suites sont excellentes et apyrétiques Sortie en très bon état le trentième jour.

Examen anatomique (dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc). — Macroscopiquement : masse du volume d'une petite pomme accolée à l'utérus de volume normal, bosselée avec des parties kystiques translucides. A la coupe, masse compacte, dure, formée d'une partie inférieure gris-rosée fort grenue, ayant l'aspect de l'ovaire, remplie de cavités kystiques de volume variable et présentant au centre un corps jaune volumineux. La limite supérieure est très nette et la sépare d'une autre masse plus compacte blanchâtre, lardacée, qui présente à la partie supérieure deux masses plus blanches et qui s'effritent légèrement

par points ; sur le bord de la plus volumineuse de ces masses existe une petite cavité papillomateuse. Il s'agit certainement de la trompe hypertrophiée enfermée dans un tissu de sclérose.

Microscopiquement : l'ovaire ne présente pas de lésions tuberculeuses ; c'est un ovaire scléro-kystique.

La partie réactionnelle, très dure, est constituée par du tissu conjonctif sclérosé avec de petites traînées de cellules rondes périvasculaires, sans foyers proprement dits.

La trompe hypertrophiée présente des vestiges de sa cavité renfermant des moignons papillaires irréguliers revêtus d'une couche d'épithélium peu apparent et qui s'hypertrophient, formant des masses volumineuses par développement de follicules tuberculeux dans leur intérieur. Les tubercules dégénèrent, les néoformations papillaires se détachent, tombent dans la cavité de la trompe ou se détruisent progressivement. Tout autour de la cavité, on constate une infiltration tuberculeuse diffuse, formée de follicules isolés ou conglomérés qui ont dissocié et font disparaître de plus en plus le tissu normal de la trompe.

On est en présence d'une tuberculose de la trompe infiltrant la sous-muqueuse et toute l'épaisseur de la paroi et pour laquelle on peut penser à un point de départ cavitaire.

B. — Relatives à la pathogénie

Voir nos 1 à 16, 22, 25, 34.

53. Renaud. — *Soc. Anat.*, 3 avril 1908, p. 227.

Hystérectomie abdominale par fibrome et salpingite. Sur le péritoine pelvien et celui de quelques anses intestinales semis de petites granulations grises... Le péritoine du fond utérin est criblé de granulations. Trompes du volume d'une mandarine, à paroi épaissie extérieurement de fausses membranes. Elles sont remplies de pus blanc et crémeux.

Histologiquement, la paroi des trompes paraît dans tous les points infiltrée de tubercules avec nombreuses cellules géantes. Le péritoine est épaissi, les granulations ont la structure de fol-

licules tuberculeux. La muqueuse utérine paraissait normale à l'examen macroscopique, elle montre quelques tubercules disséminés avec cellules géantes...

Il n'existe chez la malade aucune lésion appréciable de tuberculose d'autres organes ; comme les lésions des trompes sont certainement plus anciennes que celle du péritoine, nous penserions volontiers qu'il s'agit d'une infection tuberculeuse ascendante des voies génitales.

54. Nebesky. — Résumée. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXII, 5. 1905.
D'après le *Zentralblatt f. Gyn..*, 1905, p. 1604.

Nullipare de 33 ans, réglée à 15 ans : huit jours toutes les deux ou trois semaines. Depuis huit mois, ménorragies de 14 à 15 jours ne laissant qu'un intervalle de deux ou trois jours. Depuis huit jours, douleurs abdominales violentes. Tousse un peu depuis quelque temps. A l'examen : gros utérus, derrière lequel on trouve une tuméfaction grosse comme un œuf de poule, entourée d'adhérences, paraissant continue avec les annexes, solidement fixée à l'utérus et au pelvis... Traitement conservateur sans résultat. Curettage ; la cavité utérine est vaste, on y sent des masses friables. Dans les débris ramenés, on décèle des tubercules et des cellules géantes. Laparotomie : il n'y a pas de granulations tuberculeuses sur le péritoine. Les deux trompes grosses comme le petit doigt sont englobées avec les ovaires dans une gangue épaisse. Extirpation de l'utérus et des trompes, on laisse les ovaires. Guérison complète... La lumière de la trompe est obstruée par des masses caséeuses ; la musculaire est épaissie. Le diagnostic de tuberculose est confirmé par l'examen histologique. Le péritoine de la trompe et de l'utérus est libre de tuberculose.

Cliniquement, il s'agit d'une tuberculose primitive ; il n'y a aucun signe d'autre localisation tuberculeuse. Le col utérin paraît avoir été d'abord atteint, de là l'infection a gagné la muqueuse du corps, puis la trompe. La recherche des bacilles de Koch dans les sécrétions utérines a été faite plusieurs fois ; il n'y a eu qu'un résultat positif.

55. Jung. — Résumée. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXII, 2. D'après le *Zentralblatt f. Gynæk.*, 1906, page 432.

Femme de 41 ans, polytuberculeuse. L'utérus paraît être de sept mois. Travail en train depuis dix heures. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 1.850 gr. Délivrance normale.

Malgré des suites obstétricales normales, la mère meurt au quatorzième jour.

Autopsie. — Tuberculose des poumons, des reins, du péritoine, de l'intestin, de l'endomètre et des trompes. Histologiquement, on trouve des tubercules typiques dans le chorion du placenta. De même, noyaux tuberculeux dans la déciduale, avec bacilles... La voie d'infection paraît hématogène. Toutefois, il est possible qu'il y ait eu lésion antérieure des organes génitaux, d'où proviendrait l'infection placentaire, d'autant que les lésions de la trompe gauche paraissent les plus anciennes...

56. Hohlfeld. — (Résumée). *Gesell. f. Geb. u. Gyn. Leipzig*, Fév. 07. d'après *Zentralblatt. f. Gyn.*, 1907, p. 664.

Enfant de 1 an 7 mois. Tuberculose du carpe en cours de traitement chirurgical.

Mort par lésions pulmonaires. *Autopsie...* Lésions tuberculeuses multiples. Les organes génitaux internes sont cachés sous les adhérences péritonéales. Utérus long et épais. De chaque côté, tumeur ovoïde grosse comme une noisette, entièrement caséifiée. A gauche, la trompe lui est intimement fixée. A droite, on ne peut suivre la trompe avec certitude. *Histologiquement,* on n'a pas retrouvé dans les tumeurs du tissu ovarien, il n'y a cependant aucun doute sur leur nature. On peut admettre ici que la lésion péritonéale est secondaire à la lésion génitale.

C. — Prédominance de pelvipéritonite

Voir nos 1, 4, 7, 11, 12. 28, 29, 35 à 38, 56, 93, 105.

57. Tédenat. — (Résumée), *in Thèse de Cazeneupe*, 1901.

T..., 25 ans. Début il y a 5 mois, après accouchement normal, par douleur dans la fosse iliaque gauche avec irradiations très pénibles dans la région lombo-sacrée. Douleur généralisée à tout le ventre quelques semaines après le début. Depuis deux mois, le volume du ventre a augmenté.

Les règles étaient normales ; actuellement, aménorrhée de lactation. Actuellement, douleurs persistantes. L'aspect du ventre ferait songer à un kyste de l'ovaire, mais il y a du tympanisme.

Antécédents nuls.

Deux enfants en bonne santé.

Utérus en flexion et rétroversion légère. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse constituée par les annexes tombées dans le cul-de-sac de Douglas, fixées par des adhérences et sensibles à la pression. L'ovaire gauche est volumineux.

On pense à l'annexite tuberculeuse.

Le 28 février. Laparotomie. Muscles amincis et pâles. Il s'écoule 6 à 8 litres d'ascite légèrement verdâtre. Intestin recouvert de tubercules, gros comme une lentille ou un pois. Ces granulations recouvrent complètement les organes génitaux internes. Les trompes et les ovaires sont tombées dans le Douglas et fixées par des adhérences. On lave le péritoine à l'eau oxygénée dédoublée, dont on laisse 3/4 de litre dans le ventre.

Suites simples. La malade se sent bien, les douleurs disparaissent.

58. Boursier. — (Résumée), *in Journ. de Méd. de Bordeaux.* 20 septembre 1903, p. 609.

Femme de 24 ans, sans antécédents héréditaires.

Réglée à 17 ans, peu abondamment. Deux accouchements. Depuis le second, douleurs peu vives en crises réveillées par la mar-

che. Ménorragies et irrégularités depuis cette époque. Pertes épaisses, verdâtres. A plusieurs reprises, crises douloureuses surtout dans la fosse iliaque droite. Ventre tendu, douloureux. Deux masses iliaques douloureuses et immobiles, se portant en dehors vers l'utérus. Utérus antéfléchi, immobile. Laparotomie. Ascite. Adhérences de l'intestin grêle en paquet recouvert de granulations. On referme le ventre sans rien enlever.

59. H. L. Celler. — (Résumée), *Amer. J., of Obst.* Octobre 1904.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire. Des adhérences séparent les deux culs-de-sac utérins de la grande cavité abdominale. Ils communiquent entre eux au-dessus de la corne gauche de l'utérus. Les annexes forment une partie de la paroi de cette cavité suppurante. Ovaires entièrement remplacés par du tissu tuberculeux. *Microscopiquement :* Annexes des deux côtés bourrées de tubercules miliaires typiques avec cellules géantes et bacilles de Koch... La nature tuberculeuse ne fut révélée que par l'examen microscopique.

60. R. W. Kiparsky — (Résumée), *Soc. Gyn. et Obst. de St-Pétersbourg*, 20 nov. 03. *in Rev. de Gyn. et Chir. Abd.*, 1904, p. 710.

Jeune fille de 17 ans, réglée à 14 ans, irrégulièrement. Aménorrhée depuis quelques mois. Malade pâle et affaiblie. Tumeur liquide sortant du petit bassin.

Diagnostic : Kyste paraovarien. Laparotomie. Tumeur adhérente à l'épiploon et à l'intestin. Il s'en écoule beaucoup de liquide jaune. Dans ce kyste, on aperçoit les extrémités des trompes et les adhérences de la tumeur avec les cornes utérines et les ligaments infundibulo-pelviens qui furent liés. La tumeur fut enlevée avec des annexes des deux côtés. Suites normales. L'examen des tubercules montre des tubercules typiques avec cellules géantes.

61. Lenormant. — Abrégée. *Progrès Médical*, 1909, page 169. Pelvipéritonite tuberculeuse et fibrome utérin.

Malade de 41 ans. Douleurs abdominales depuis trois mois. Jamais de métrorragies. Tumeur utérine grosse comme une tête d'enfant, arrondie, régulière, débordant la symphyse de quatre à cinq travers de doigts. Diagnostic évident de *fibrome*. Annexes grosses et douloureuses à droite. Tuberculose commençante des sommets.

Laparotomie. Assez grande quantité de liquide séreux rougeâtre. Sur le péritoine pariétal et viscéral du bassin et de la partie inférieure de l'abdomen, semis abondant de granulations tuberculeuses. En arrière et à droite de l'utérus, la trompe et l'ovaire droit, fusionnés en une masse du volume d'un œuf, adhérente en avant à l'utérus, en arrière à l'intestin. Ces adhérences épaisses et friables donnent une hémorragie en nappe assez considérable. Hystérectomie supra-vaginale. Suites normales.

62. P. Spillmann et Parisot. — *Soc. de Méd. de Nancy*, Juin 1909. *in Rev. Méd. de l'Est*, 15 Juillet 1909.

Méningite tuberculeuse consécutive à une tuberculose utéro-tubo-ovarienne.

Jeune fille de 22 ans, apportée dans le coma. Tous les signes d'une méningite, que le cyto-diagnostic fit penser d'origine tuberculeuse. Succombe au bout de trois jours.

A l'autopsie, méningite tuberculeuse.

Le point de départ de cette méningite tuberculeuse siège au niveau des organes génitaux.

Entre l'utérus et le rectum, on constate une collection purulente occupant l'espace vagino-rectal directement en relation avec la trompe et l'ovaire gauches, augmenté de volume, ayant subi une véritable fonte caséeuse. L'utérus lui-même est rempli de débris caséeux.

M. Perrin cite à ce propos l'observation d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire qui mourut par rupture d'une

trompe, trouvée à l'autopsie, formant un véritable magma caséeux.

63. W.-E. Studdiford. — *N. Y. Obst. Soc.*, 26 mai 1903. Compte-rendu in *Am. J. of Obst.*, Sept. 1903, p. 356.

Tuberculose des deux trompes.

36 ans. Trois fausses couches, la dernière il y a quatre mois. Règles normales jusqu'à cette époque ; depuis, augmentation de leur durée : 10 jours à deux semaines, avec vives douleurs. A son entrée pouls à 80 T° à 37°7. Utérus élargi. Petits nodules fibreux sur sa paroi extérieure et sur le fond. Ovaire droit prolabé et adhérent. Ovaire gauche kystique du volume d'un œuf. Opération. Péritoine couvert de granulations miliaires, un peu de liquide. L'examen montre la présence de tuberculose sur les deux trompes.

64. W. Swayne. — *Obst. Soc. of London*, 4 Mars 1903. Compte-rendu *in Am. Jour. of Obstet.*, avril 03.

Laparotomie exploratrice pour tuberculose péritonéo-annexielle. Bons résultats.

Grosses masses dans le pelvis, ascite abondante. Laparotomie. Le péritoine entier est couvert de granulations miliaires. Annexes enlisées dans l'exsudat qui remplit le bassin. Ablation manifestement impossible. Lavage à l'eau boriquée.

Guérison ; la malade regagna quelques livres en moins d'un mois.

65. Martha Wollstein. — Résumée. *Arch. Ped.*, mai 1900, in *American J. of Obst.*, octobre 1900.

Enfant de 2 ans ; tuberculose à la suite de rougeole. Ecoulement purulent par le vagin, non examiné bactériologiquement. Autopsie : péritoine, trompe, ovaires, envahis par la tuberculose. Deux abcès, l'un dans le Douglas, l'autre dans le ligament large. Lésions originelles dans les ganglions trachéo-bronchiques.

66. Zanfraguini. — Résumée. *Soc. Médico-Chir. de Modène*, mai 1908, d'après l'analyse de la *Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1908, page 1137.

Annexite et périannexite caséeuses.

Femme de 37 ans. Il y a dix-huit ans, pelvipéritonite, précédée pendant quelques mois et suivie d'aménorrhée complète. Leucorrhée fétide. Sur le col, ulcération papillomateuse tuberculeuse. En outre, endométrite caséeuse chronique ; hystérectomie vaginale. Annexite tuberculeuse avec lésions caséeuses ; abondants amas périutérins de matière caséeuse. Des adhérences fibreuses isolaient ce processus du péritoine et immobilisaient l'utérus.

67. Galatia. — (Résumée). *Gyn. Rundschau.* I, 4 (1907). d'après *Zentralblatt f. Gyn.* 07, p. 1022.

Tuberculose de l'utérus, des annexes et du péritoine. Mort en suite de couches.

Femme vue dix jours après l'accouchement. T°, 39°3. Pouls, 130, filiforme ; mort par collapsus. — *Autopsie :* Poumons sains. Entre tous les organes abdominaux, adhérences de un centimètre d'épaisseur. L'intestin est couvert de granulations tuberculeuses ; il y a aussi des abcès à pus épais et fétide. Annexes hypertrophiées, couvertes de tubercules. Il y a aussi des tubercules sur le péritoine utérin. Ils sont très serrés sur la muqueuse utérine jusqu'au bord de la plaie placentaire et s'enfoncent dans la musculeuse. On peut colorer des bacilles. Le jour de la mort de la mère, l'enfant était encore bien portant.

D. — Pyosalpinx

Voir nos 16, 26, 31, 40, 43, 53, 89, 91.

68. Leriche. — Résumée. *Soc. Sc. Méd.*, Lyon, in *Lyon Médical*, 1905, T. 105, p. 190.

Pyosalpinx tuberculeux bilatéral

Femme de 27 ans, sans antécédents, stérile. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Douleurs abdominales depuis deux ans, avec pertes blanches. Au toucher vaginal, on trouve une masse rénitente bien limitée, lisse, assez mobile, indépendante de l'utérus, non douloureuse. Elle remonte à trois doigts de l'ombilic et siège à droite. A gauche, annexes fermes, un peu grosses, non douloureuses. — On fit le diagnostic de *kyste de l'ovaire.* Laparotomie (M. Albertin) : Deux volumineuses trompes. La droite fait une saillie considérable au-dessus du plan du petit bassin, lisse, mobile, mais adhérant un peu en bas. A gauche, la masse annexielle adhère au détroit supérieur ; elle est moins volumineuse et moins mobile. L'ovaire de chaque côté ne forme qu'un avec la trompe et est aussi distendu. Hystérectomie subtotale et ablation des annexes. La pièce est formée par deux énormes abcès froids tubaires, développés presque exclusivement dans la partie externe, les deux pavillons étant complètement oblitérés. Les deux ovaires accolés font corps avec la masse salpingienne. L'utérus contenait quelques gouttes de pus analogue à celui de la trompe droite : pus verdâtre, très concret, véritable mastic caséeux qui est évidemment du pus d'abcès froid. La trompe droite en contenait plus de 250 grammes. Il y a quatre ou cinq granulations péritonéales blanchâtres sur le fond utérin.

69. Jaboulay-Patel. — (Résumée). *Société de Chirurgie de Lyon in Lyon Médical*, 1906. Tome 106, p. 27.

Pyosalpinx tuberculeux bilatéral.

Jeune fille de 25 ans, sans antécédents personnels, sauf quelques irrégularités peu marquées de la menstruation. Un frère tuber-

culeux. En août 1904, à la suite d'un léger traumatisme, douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. On constata une tuméfaction abdominale volumineuse et on porta le diagnostic de *kyste de l'ovaire*. Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, rénitente, mobile, indolore. Matité complète en avant. Au toucher vaginal, les culs-de-sacs sont libres, non douloureux. Laparotomie. Deux tuméfactions volumineuses, à grosse extrémité supérieure dirigée vers l'ombilic, à extrémité très effilée fixée à l'utérus. Ces deux tumeurs se juxtaposent sur la ligne médiane et l'ensemble réalise une masse sphérique. Il s'agit des deux trompes, énormément et également dilatées, semblant s'être redressées vers l'ombilic. Aucune adhérence, aucune granulation sur le péritoine, on enlève seulement les trompes. Guérison rapide. Chacune des trompes contenait un demi-litre de pus verdâtre, semblable à du pus d'abcès froid. Les pavillons étaient entièrement oblitérés et le pus s'était collecté surtout dans la partie externe de la trompe. Inoculation au cobaye positive. La santé ultérieure a été très bonne. Engraissement de six kilos ; les règles ont reparu régulières, mais peu abondantes après une suspension de quelques mois.

70. Violet. — Résumée. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, in *Lyon Médical*, 1907, T, 108, page 913.

Abcès froids tubaires.

Jeune fille de 19 ans, sans antécédents. Réglée à 12 ans, toujours peu et avec douleurs. Il y a quatre ans, douleurs quotidiennes du ventre comme un point de côté. Aucune phase aiguë dans l'évolution. Depuis deux ans les douleurs ont cessé. Bon état général. Abdomen souple ; à droite, grosseur comme le poing paraissant kystique et se continuant à gauche comme une grosse aubergine. Entre les deux portions, le toucher rectal montre l'utérus mobilisable dans le sens vertical. Au toucher combiné, on sent à droite une masse indépendante, comme une tête fœtale, qui roule sur l'utérus. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse tendue, indolore, à contenu liquide. — Pas de pertes, pas trace d'infection antérieure. — On fait le diagnostic de *salpingite tuberculeuse kystique bilatérale*. Laparotomie. Deux ou trois cuillerées de liquide citrin dans le Douglas. On enlève

les deux trompes et l'ovaire droit. Suites très simples. L'état général est excellent, règles régulières, non douloureuses. Le poids total des deux poches est 865 grammes. La surface externe est libre et régulière, sans adhérences. Le liquide contenu est huileux, séreux-jaunâtre, se coagulant. Dans la paroi amincie, on trouve des nodules qui ressemblent à des nodules tuberculeux et qui contiennent des cellules géantes. « En somme : salpingites kystiques volumineuses, simulant un double kyste de l'ovaire ayant évolué d'une façon tout à fait insidieuse chez une jeune fille vierge. — Au point de vue anatomique : Pyosalpinx entièrement refroidi, sans réaction péritonéale circumvoisine, due à une forme de tuberculose atténuée discrète, décelable seulement au microscope, sans grandes tendances à la caséification, ni à l'ulcération. »

71. Lenormant. — (Résumée). *Progrès Médical*, 09. p. 168.

Abcès froid tubaire.

Malade de 25 ans, sans antécédent génital. En août douleurs abdominales vagues et passagères, légères pertes blanches. Douleurs en décembre au moment des règles, puis en janvier. Anorexie, nausées. Double salpingite. Laparotomie (20 janvier 1909). Douglas occupé par deux pyosalpinx symétriques ayant la forme et les dimensions d'une grosse poire. Seulement quelques adhérences. Sur le péritoine vésical et utérin et à la surface des ovaires qui paraissent par ailleurs normaux, on aperçoit quelques granulations tuberculeuses. La poche droite est crevée pendant sa libération ; hystérectomie par le procédé américain. La trompe gauche est enlevée intacte. Suites régulières. Inoculation au cobaye positive.

72. Pompe van Merdervoort. — (Résumée). *Société Hollandaise de Gynécologie*, Janvier 1905, d'après le *Zentralblatt f. Gyn.* 1905, p. 597.

Pyosalpinx tuberculeux.

Nullipare de vingt-trois ans, malade depuis plusieurs années. Il y a cinq ans, douleurs abdominales vives, qui ont reparu depuis. — A l'examen : utérus de grosseur normale en antéversion

derrière lequel, à droite, on sent une tumeur grosse comme une tête d'enfant, d'aspect kystique ; à gauche, tumeur très mobile, grosse comme un œuf de poule. L'ovaire droit est hypertrophié, le gauche inaccessible. Opération : la plus grosse tumeur, à droite, est un pyosalpinx avec pus jaune et épais. La tumeur gauche est une trompe en dégénérescence caséeuse avec pédicule tordu.

73. Fromme. — *Soc. Obst. et Gyn.* Leipzig, 17 mai 1909, d'après *Rev. Chir.*, novembre 1909, page 840.

Tuberculose utéro-annexielle avec hémorragies profuses.

41 ans. Deux curettages, l'un en 1904, l'autre en 1908 pour métrorragies ; celles-ci reparurent néanmoins, très intenses. Castration vaginale. Trompes distendues par du pus. Sur toute la muqueuse utérine, on voyait à l'œil nu de petits points jaunes, que l'examen microscopique montra tuberculeux. La musculeuse est également farcie de granulations. Infection manifestement par voie sanguine. Il y a, en effet, tuberculose du sommet gauche.

74. Anspach. — *College of Physicians of Philadelphie.* Compte-rendu in *Amer. J. of Obstet.*, octobre 1904.

Jeune fille de 19 ans. Symptômes d'abcès pelvien. Opération. Trompes énormes et pleines de pus ; on les enlève. On laisse les ovaires, quoique couverts d'adhérences et paraissant devoir être ultérieurement atteints. Actuellement, parfaite santé ; pas de douleurs, menstruation régulière. L'examen histologique a démontré la nature tuberculeuse.

75. M. A. Tate. — (Résumée). *Cincinnati Obst. Soc.*, 15 Déc. 1902. d'après l'analyse de *Am. Journal. of. Obst.* Mars 1903.

Pyosalpinx tuberculeux.

37 ans. Poussée de péritonite il y a sept ans ; depuis, bonne santé relative jusqu'à il y a trois ans, sauf une douleur du côté droit pendant ses règles. Cette douleur a augmenté et est maintenant insupportable. Antécédents héréditaires nuls. Utérus re-

poussé à gauche par une masse grosse comme une tête d'enfant. Laparotomie, adhérences de l'épiploon et de l'intestin. Ascite. Intestin, péritoine, organes pelviens couverts de tubercules. Kyste inclus dans le ligament large droit. Trompe et ovaire droits tuberculeux, celui-ci gros comme une orange, plein de pus épais et grumeleux. Ablation d'une partie du kyste, de la plus grande partie de la trompe et de l'ovaire. Tamponnement à la gaze. Mort le quatrième jour par péritonite.

E. — Formes salpingiennes prédominantes

Voir nos 5, 6, 7, 9, 13, 18, 32, 39, 41, 42, 44, 52, 54, 66, 99, 100.

76. Soubeyran. — Résumée. *Soc. Sc. Méd.*, Montpellier, in *Montpellier Médical*, 1902, 2 mars, page 212.

Salpingite hémorragique double.

A C.... 39 ans, entre pour douleurs abdominales. Santé médiocre, rhumes faciles. Réglée à 13 ans, assez bien. Stérile. Crises abdominales douloureuses il y a deux ans et il y a dix mois. Il y a deux mois, nouvelle crise avec ballonnement et vomissements, à l'occasion d'un retard de règles de un mois. Voussure de la fosse iliaque droite, un peu douloureuse. Utérus mobile, indolore. Dans les culs-de-sac postérieur et droit, on sent une masse dure, Des deux côtés, annexes grosses.

16 novembre 1901, — Hystérectomie vaginale ; il faut décoller les annexes des parois d'une cavité contenant un liquide hémorragique ancien et de vieux caillots. Suites parfaites.

Examen anatomique. — Trompe droite dilatée en tumeur volumineuse à paroi lisse, remplie de caillots gris ou noirs. Les parois sont épaisses, formées de couches superposées avec caillots papilliformes. A gauche, trompe dilatée progressivement, aboutissant à une cavité kystique remplie de sang. Ovaire kystique dont la moitié externe est en rapport avec une cavité volumineuse, à parois couvertes de caillots fibrineux, et renfermant des caillots rouges ou gris.

A l'examen microscopique, la paroi présente trois couches : une interne nécrosée ; une moyenne, conjonctive avec nodules péri-

vasculaires de cellules embryonnaires, avec cavités irrégulières contenant des éléments dégénérés ; une externe fibromusculaire. Les vaisseaux de la couche moyenne sont atteints d'endo et périvascularite. Les interstices conjonctifs sont remplis de débris de globules rouges. — Cette paroi est formée par l'hypertrophie de la paroi tubaire ; il en reste, au dessus de la couche nécrosée, des fragments d'épithélium bien reconnaissable, formant des culs-de-sac pleins de cellules dégénérées et de globules rouges. Autour des petits vaisseaux à parois épaissies, formations nodulaires. Il a été impossible de trouver des cellules géantes. Il y a des cellules d'aspect épithélioïde. — Ce processus paraît dû à une hémorragie interstitielle avec organisation consécutive d'un caillot et hypertrophie de la paroi proprement dite. Plus tard, nécrose progressive vers la profondeur avec hypertrophie des couches sous-jacentes, entretenue par une cause pathogène, peut-être la tuberculose.

77. Albertin et Tavernier — (Résumée). *Société de Chirurgie de Lyon.* in *Lyon Médical*, 1905. T. 105, p. 28.

Femme de 24 ans, sans antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, régulièrement. Deux enfants vivants séparés par deux fausses couches. — Depuis sa première fausse couche, il y a trois ans, douleurs du ventre et pertes blanches. Dernière grossesse très pénible : douleurs abdominales vives. Facies pâle ; ne tousse pas ; aucun signe à l'auscultation des sommets. Douleurs dans les fosses iliaques avec irradiations lombaires ; constantes depuis trois ans, sans avoir jamais présenté d'épisode aigu. Pas de fièvre. Au toucher : utérus repoussé en avant par une tumeur grosse comme une mandarine, un peu bosselée, extrêmement dure, fixée dans le Douglas. Modérément douloureuse à la pression, elle paraît constituée par la trompe gauche prolabée. Annexes droites en position normale peu volumineuses, mais assez douloureuses. Laparotomie : le fond utérin est relié à la paroi abdominale antérieure par deux adhérences zymotiques ; au niveau de leur insertion sur les cornes utérines, elles présentent un petit nodule dur qui présente à la coupe l'aspect net d'un tubercule en voie de caséification. La trompe gauche est prolabée et se termine dans le Douglas par une

masse très dure, adhérente à la fois au rectum et au plancher pelvien. On enlève l'utérus, les deux trompes et l'ovaire gauche.

78. Archambault. — Tuberculose de la trompe coexistant avec un fibromyome utérin tuberculisé. *Albany medical Annals*, janvier 1907.

Femme de 20 ans. Tuberculose pulmonaire avancée. Il y a un an, leucorrhée. Il y a un mois, vives douleurs. Utérus complètement rétroversé avec le fond gros comme une mandarine. — Laparotomie. Péritoine lisse et sain. Hystérectomie et ablation des annexes. Myome développé aux dépens du fond, criblé de cavités caséeuses. Reste de l'utérus sain. D'autre part, la trompe droite présente également des lésions nettes de tuberculose.

79. Chaput et Cornil. —(Abrégée). Comptes rendus *Soc. Anat.* Juillet 1905, p. 603.

Tubercules du péritoine, du petit bassin et des trompes.

Femme de 30 ans. On enleva les trompes, les ovaires, l'utérus et l'appendice ; leur surface péritonéale était couverte d'une couche de péritoine enflammé parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses. Les trompes étaient très affectées sur toute leur étendue ; l'une d'elles était très dilatée au niveau de son pavillon, et remplie de masses verruqueuses blanchâtres avec un peu de liquide puriforme au milieu. Au microscope, chaque préparation montrait une quantité considérable de follicules tuberculeux, tous avec de grosses cellules géantes siégeant à la surface interne de la trompe et dans ses plis et végétations qui remplissaient presque entièrement sa cavité. L'épithélium des plis et végétations était tombé presque partout et très modifié là où il en restait des traces. De plus, la plupart des végétations étaient couvertes d'une couche de fibrine fibrillaire contenant des leucocytes mononucléaires dégénérés. La surface péritonéale de la trompe présentait aussi des granulations tuberculeuses.

80. Durand. — Résumée. *Soc. de Chir. de Lyon*, 9 nov. 1905, in *Lyon Médical*, T. 105, p. 976.

Jeune fille de 18 ans, sans antécédents, entrée pour syphilis et douleurs abdominales. Pas de blennorragie.

Température à grandes oscillations, de 37°6 à 40°. Etat général déclinant progressivement ; pertes blanches purulentes.

Le toucher montre les annexes atteintes, peu douloureuses, de chaque côté de l'utérus en masses grosses comme des mandarines. Elles sont dures, un peu bosselées, sans aucun signe de suppuration. A cause de la disproportion entre l'état local et les manifestations générales, on porte le diagnostic de tuberculose utéro-annexielle. Laparotomie. Le Douglas est rempli par les deux masses annexielles qui dépassent le détroit supérieur et ne laissent libre que la portion toute médiane du cavum utéro-rectal. Adhérences intimes à l'S iliaque et au rectum. Hémisection utérine et décollement des annexes de bas en haut ; on ouvrit de chaque côté un ou deux petits foyers purulents, gros comme une noisette.

L'examen microscopique montra l'existence de nombreux follicules tuberculeux.

81. Hohlfeld. — Résumée. *Gesell. f. Geb. und Gyn.*, Leipzig, fév. 1907. D'après *Zentralblatt. f. Gyn.*, 1907, p. 664.

Enfant de 3 ans, le père et la mère sont morts de tuberculose. Diagnostic clinique : tuberculose intestinale.

Autopsie. — Le péritoine présente des granulations miliaires et des nodules pigmentés de couleur ardoisée. Trompes très épaisses dans toute leur étendue ; par place, il y a des granulations jaunes proéminentes ; ailleurs, une coloration jaune uniforme. Les franges sont courtes et épaissies. Sur l'utérus, il y a une zone de dégénérescence caséeuse. — *Histologiquement*, les muqueuses sont caséifiées, avec très nombreuses cellules géantes dans la zone sous-muqueuse. On n'a pas décelé de bacilles. Les ovaires sont macroscopiquement sains ; au microscope, on trouve dans l'ovaire droit un groupe central de tubercules miliaires caséifiés.

82. Jaboulay et Rivière. — *Soc. des Sc. Méd. Lyon.* in *Lyon Médical,* 1903. T. 101, p. 1010.

Annexes tuberculeuses.

Femme de 34 ans. Sept enfants, une fausse couche il y a quatorze mois. Depuis ce moment, pertes blanches abondantes. Règles douloureuses, avançantes, avec caillots, durant 8 jours. Amaigrissement progressif. A l'entrée, T° : 37°8. Utérus en rétroversion. A droite, trompe assez mobile, mais grosse et douloureuse ; rien à gauche. Pas de signe de tuberculose pulmonaire. Ablation par voie vaginale des annexes droites. Trompe augmentée de volume à la partie interne, du volume du doigt. Parois très épaissies et muqueuse fongueuse. Ovaire scléreux. Sur le ligament ovario-tubaire, très épaissi à sa partie inférieure, on aperçoit deux ou trois granulations. De même sur la trompe, on en aperçoit quelques-unes, l'une plus grosse et très visible sur la face postérieure.

83. R.-W. Kiparsky. — Résumée. *Soc. Gyn. et Obst. de Saint-Pétersbourg,* novembre 1903, in *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, 1904, p. 711.

Femme de 20 ans, mariée depuis trois ans, nullipare. Réglée à 13 ans normalement. Pas d'antécédents. Depuis deux mois, aménorrhée et douleurs dans le ventre. Tumeur (?)

Curettage de l'utérus : l'examen décèle la nature tuberculeuse des débris. Ponction de la tumeur dans le cul-de-sac vaginal : liquide jaune avec flocons caséeux.

Laparotomie : elle confirme la nature tuberculeuse des lésions annexielles et péritonéales.

84. Konràd. — Résumée. *Section de Gynécologie de l'Association Royale des Médecins de Budapesth.* In *Centralblat f. Gyn.*, 04. I. 774.

Tuberculose tubaire.

Femme de 31 ans. Accouchement il y a 14 ans. Fièvre puerpérale. Depuis cette époque, douleurs lombaires. Au toucher, masse

fixée, qui fut diagnostiquée fibrome. L'intensité des douleurs fait décider l'intervention. Colpotomie. Dans le Douglas, tumeur liquide. Une ponction ramène du pus. En décortiquant des adhérences on amène une poche tubaire. Guérison complète. Extrémité ampullaire de la trompe grosse comme un œuf de poule, dure, entourée d'adhérences couenneuses. Cette circonstance permettait très bien de croire à un fibrome. Microscopiquement, tuberculose typique. Bacilles en petit nombre. Aucune autre lésion tuberculeuse ; l'affection paraît donc primitive. La séreuse et la couche interstitielle de la trompe étaient libres de tuberculose.

85. Lenormant. — Résumée. *Progrès Médical*, 1909, page 167.

Utéro-annexite tuberculeuse.

Malade de 22 ans, sans antécédent génital. Salpingite bilatérale, plus volumineuse à gauche, d'apparence banale. L'année précédente, début de tuberculose pulmonaire. Hypothèse de tuberculose annexielle. Laparotomie. Lésions plus accentuées qu'on n'avait prévu. Trompes enflammées, à surface parsemée de granulations tuberculeuses. A gauche, la trompe renfermait du pus. Adhérences multiples, hystérectomie supra-vaginale. La face interne des trompes, la muqueuse utérine étaient parsemées de granulations tuberculeuses. Mort en 48 heures.

86. Mac Lean. — *The British Med. Association* (meeting at Swensea), 1903. Compte-rendu in *The Lancet*, 15 août 1903, p. 466.

Tuberculose annexielle.

34 ans, mariée, stérile. Douleurs pelviennes pendant quatre mois, douleurs au coït, douleurs périombilicales, ménorragies, pertes blanches. Tuméfaction dans le Douglas. Opération. Trompes couvertes de tubercules et contenant de la matière caséeuse. Pas d'adhérences. Kyste de l'ovaire droit gros comme une noix. Ablation des trompes et des ovaires.

Guérison rapide, reprise très marquée de l'état général.

87. Macnaughton-Jones. — Résumée. *British Gyn. Soc.*, octob. 05. d'après *Rev. de Gyn. et de Ch. Abd.*, 06, p. 292.

Femme de 33 ans ; douleurs pelviennes et métrorragies. Cliniquement, pas de tuberculose. Ovariotomie laborieuse à cause des adhérences. Tubercules dans la muqueuse des deux trompes. L'ovaire droit est œdématié, le gauche paraît sain.

88. Monod. — Résumée. *Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie de Bordeaux.* 28 juin 04. In *J. de Méd. de Bordeaux*, 04, p. 909.

Présentation de trompes tuberculeuses.

Jeune fille de 20 ans, nullipare ; péritonite tuberculeuse à diagnostic imprécis. Dans le Douglas, une tuméfaction diffuse médiocrement douloureuse. Opération. Adhérences. Trompes boursouflées, moniliformes avec des granulations jaunâtres. Type macroscopique de la tuberculose salpingienne. Les ovaires paraissent sains. Pas de lésions péritonéales, ni tubercules, ni ascite. Il n'y avait eu aucun trouble appréciable de la menstruation.

89. Murphy. — Résumée. *American. J. of Obst.*, février 1904, p. 208.

Miss N..., 32 ans. Il y a deux mois, vive crise de douleurs abdominales, comme de l'obstruction intestinale. Depuis, douleur sourde dans le bas-ventre, à gauche. Bon état général. Pertes blanches depuis cinq ans. Pas d'histoire vénérienne. Règles normales. Une sœur morte phtisique. Rien aux poumons. Le quadrant inférieur gauche du ventre est sensible, on n'y sent ni masses, ni tumeur. Par le toucher, tumeur dans le cul-de-sac gauche ; on délimite une masse de trois pouces d'épaisseur. A droite, un peu d'induration et d'empâtement avec une petite masse, ressemblant à la trompe. Pas de fluctuation. L'utérus a gardé une partie de sa mobilité, il ne paraît pas modifié. Leucocytose : 9000.

Laparotomie. Péritoine pelvien couvert de granulations ; le reste est libre. Trompe droite un peu élargie, fermée par un ré-

trécissement complet à un demi-pouce de l'extrémité libre. Pavillon libre : pas d'adhérences du corps. Constriction à trois-quarts de pouce de la corne utérine. Cette dilatation, entre deux rétrécissements, fit penser à une endosalpingite tuberculeuse. Contenu muco-purulent, mais non tuberculeux (?). Ovaire droit, utérus, normaux. Du côté gauche, une masse en connexion avec l'anse sigmoïde fut difficilement détachée et enlevée ; trompe grosse comme le pouce, fermée par du tissu cicatriciel à la base du pavillon. Ovaire complètement adhérent à la trompe : abcès caséeux, tubo-ovarien, comprenant du côté de l'ovaire un follicule. Reste de l'ovaire sain. Dans la trompe, les lésions les plus anciennes paraissent siéger à trois-quarts de pouce de la corne utérine...

L'examen histologique confirme la nature tuberculeuse des lésions.

90. Reynier. — Résumée. *Soc. Chir.* Paris, 14 juin 1905.
Compte-rendu page 596.

Femme accouchée en octobre dernier, entrée en avril. Règles régulières jusqu'à maintenant. Le ventre a grossi et elle a éprouvé des douleurs vagues. A l'entrée, on constate à gauche de l'utérus une tuméfaction du volume d'une tête de fœtus, peu douloureuse à la pression. La malade avait, à son entrée, un peu de fièvre. Pas de ballonnement du ventre. Elle ne toussait pas, disait n'avoir jamais été malade, et n'avoir jamais craché de sang. Diagnostic d'hématocèle, de grossesse extra-utérine. Mise en observation. Aménorrhée en mai et juin, le diagnostic se confirme. On opère à cause des poussées de fièvre qui reviennent de temps en temps.

Laparotomie. On tombe sur un épiploon enflammé et adhérent, qui saigne au point qu'il faut s'arrêter. Hystérectomie vaginale avec les annexes droites. L'utérus présente une gomme caséeuse, en plein tissu utérin et faisant saillie sous le péritoine de la face postérieure.

Les annexes ne laissent aucun doute sur la nature des lésions qu'elles présentent : la trompe rouge, bosselée, contenant par place du pus et du caséum, avait sa surface rouge parsemée de granulations caractéristiques.

91. H. Roberts. — Résumée. *Obst. Soc. of London*, 4 mars 1903 d'après le compte rendu de *Am. Journal of Obst.*, avril 1903.

Tuberculose de la trompe et de l'ovaire.

Femme de 32 ans, malade depuis quatre ans. En décembre 1902, aggravation. Métrorragies. Fièvre. On sent une grosse tumeur dans le bas-ventre.

Laparotomie. Trompe et ovaires très volumineux. Ovaire gauche de quatre à cinq pouces de long. Bassin rempli d'adhérences ; adhérences intestinales aux trompes et à la face postérieure de l'utérus. Trompes grosses comme des bananes, et pleines de pus.

Mort par schock, en 36 heures. A la coupe de l'extrémité utérine de la trompe, tubercules avec cellules géantes, et zones caséifiées. De même dans les ovaires.

92. Rouffart. — Résumée. *Journal de Chir.* et *Ann. de la Soc. belge de Chir.* 1907, n° 8. In *Zentralblatt. f. Gyn.*, 1908, p. 62.

Femme de 25 ans, polytuberculeuse. Les règles, autrefois normales, se prolongent maintenant huit à dix jours. Depuis la même époque, vives douleurs abdominales et lombaires. Tumeur annexielle à gauche, grosse comme une orange. Les annexes droites sont également hypertrophiées et fixées.

Diagnostic : *Pyosalpinx gauche. Salpingo-ovarite droite.*

Laparotomie : hystérectomie subtotale et ablation des annexes. Guérison complète.

L'utérus est sain. La trompe droite est tuberculeuse.

93. Scipiades. — Résumée. *Gyn. Sek. des Königl. Ungar. Arztvereins zu Budapesth*, nov. 1906. Compte-rendu in *Zentralblatt f. Gyn.*, 1907, p. 1418.

Péritonite tuberculeuse et tuberculose des trompes pendant la grossesse.

Femme de 36 ans. XII pare ; dernières règles il y a six mois, sent remuer depuis deux mois et demi. Dès le début de sa grossesse, elle est affaiblie et doit s'aliter. Femme maigre, pâle, sans fièvre. Pouls faible à 116. Poumons sains...

Avortement provoqué. Mort deux heures après. — *Autopsie :* poumons normaux. Epiploon épaissi. Tout le péritoine est semé de granulations jaune-blanchâtres, de grosseur allant de la tête d'épingle à un pois. Pas de caséification. Il y a deux litres et demi de sérosité trouble et rouge-brun. Les trompes sont très épaissies ; la muqueuse en est couverte de matière caséeuse. Histologiquement, on démontre la nature tuberculeuse. Les trompes paraissent le siège primitif, les lésions y étaient le plus avancées.

94. Thévenard. — Résumée. *Soc. Anat.*, 23 février 1906, page 172.

Mme P..., toujours dysménorrhéique, menstruation régulière. Quelquefois des pertes en dehors des règles et assez souvent un écoulement puriforme. Jamais de grossesse. En novembre 1905, les règles n'avaient duré qu'un jour ; le 14, en faisant un effort, douleur violente dans le bas-ventre. Réapparition des règles. Péritonisme. Douleurs persistantes, température 39°5, le soir. Cet état dure quelques jours, le suintement sanguin persiste. On sent à la palpation une tuméfaction hypogastrique, mal limitée, s'étendant à droite et à gauche dans les fosses iliaques. Dans le cul-de-sac postérieur, on a la sensation d'une masse pâteuse peu élastique.

Diagnostic : *grossesse extra-utérine rompue.*

Laparotomie. Dans le petit bassin deux tumeurs. L'une, droite, du volume du poing, à parois rouges violacées et dépolies, semée de petites granulations. La seconde, gauche, du volume des deux poings, occupe le cul-de-sac de Douglas et la fosse iliaque... Suites opératoires bonnes pendant trois jours, puis, méningite tuberculeuse.

Examen macroscopique. — Chaque pièce est constituée par l'extrémité de la trompe enflammée et faisant corps avec l'ovaire, transformé en véritable tumeur. Dans l'épaisseur de ces tumeurs, on trouve des kystes à contenu purulent et grumeleux. *Histologiquement,* les lésions tuberculeuses sont hors de doute (nécrose caséeuse, cellules géantes, bacille de Koch). La région infundibulaire est atteinte de salpingite ulcéreuse tuberculeuse ; dans le reste des trompes, on ne trouve que des lésions de salpingite chronique hypertrophique sans nodules tuberculeux.

95. Violet et Cotte. — Résumée. *Soc. des Sc. Méd.* de Lyon, 30 janvier 1907. In *Lyon Médical*, 1907, T. CVIII, page 778.

Jeune fille de 24 ans, antécédents héréditaires nuls. Pleurésie il y a quatre ans. Bacillose pulmonaire constatée depuis deux ans. Réglée à 14 ans, irrégulièrement et avec douleurs.

Au premier examen on note : vierge, leucorrhée depuis un mois ; à gauche de l'utérus, empâtement diffus dans lequel il est difficile de démêler la réaction péritonéale des lésions annexielles et de l'œdème intra-ligamentaire. Pas de collection franche. Rien à droite.

Quelques semaines après un bon traitement général, l'état local s'est modifié, la masse annexielle gauche semble avoir diminué, mais à gauche d'elle, contre le bassin, on sent une masse d'empâtement perceptible surtout par l'examen de l'abdomen.

(On incise, plus tard, une collection dans le pli de l'aine gauche, que l'on reconnaît sans connexion avec la masse annexielle).

Onze mois après le premier examen : à gauche et en arrière de l'utérus, on sent une masse volumineuse qui répond aux annexes de ce côté... Les annexes droites paraissent également malades... Laparotomie. On arrive sur les annexes gauches et l'on reconnaît qu'il s'agit bien de lésions bacillaires. La trompe gauche est fermée et présente, en outre, deux petits kystes au niveau le sa portion ampullaire. L'ovaire gauche est macroscopiquement peu altéré. Tout autour, il existe des lésions de péritonite avec des granulations. Ablation des annexes gauches. A droite, la trompe fermée est distendue par une petite quantité de pus. Sur l'ovaire droit il existe un petit kyste hématique du volume d'une noix. Ablation des annexes droites ainsi que de l'utérus. Il y a quelques points d'inoculation sur le fond vésical et sur le cul-de-sac de Douglas.

(Les lésions du pli de l'aine gauche étaient dues à a tuberculisation secondaire par voie lymphatique du canal vagino-péritonéal resté perméable).

Guérison rapide.

F. — Localisations ovariennes

Voir nos 2, 9, 10, 19 à 25, 29, 30, 31, 51, 56, 57, 59, 75, 81, 89, 91, 96.

96. Gemmell (1). — Résumée. *North. of Engl Gyn. and. Obs. Soc.* 21 nov. 1902. In *Rev. de Gyn.*, 1903, p. 680.

Tuberculose primitive des ovaires.

Femme de 26 ans, stérile. Pelvipéritonite antérieure. Dysménorrhée menstruation régulière. Récemment, gonflement considérable du côté droit. Laparotomie. Tumeur très adhérente qui se rompt. Ecoulement de pus fétide. Du côté gauche, ovaire adhérent à l'anse sigmoïde, dur, contenant de la matière caséeuse. trompe gauche remplie de substance calcaire. Ni tuberculose miliaire, ni pyosalpinx. Aucun symptôme de tuberculose dans les autres organes. Bactériologiquement, microbes de putréfaction, bactéries, staphylocoques ; ni streptocoques, ni de gonocoques, ni bacilles de Koch. Cellules géantes caractéristiques dans l'ovaire gauche. L'affection avait probablement débuté du côté gauche et la résolution s'était faite après caséification.

97. H.-L. Celler. — Abrégée. *Am. J. of Obst.*, octobre 1904.

Tuberculose de l'ovaire, péritonite tuberculeuse, mort par perforation de l'intestin.

M. K..., 34 ans. Mari mort tuberculeux. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Quatre enfants, un avortement. Chaque fois, suites de couches pénibles et fébriles. Actuellement, se plaint de douleurs abdominales, de diarrhée et de dysurie. Tuberculose des sommets... Cul-de-sac vaginal postérieur soulevé par une masse en partie kystique, s'étendant à trois travers de doigt au dessous. A gauche de l'utérus, contre la paroit de l'ex-

(1) Guermell, d'après *Americ. Journ. of Obst.*, 19 3.

cavation et en remontant au dessus de l'arcade crurale, on sent une masse pâteuse, douloureuse à la pression, mal limitée... Une ponction dans le cul-de-sac postérieur donne issue à un liquide séreux et clair... Cinq mois après, la malade rentra à l'hôpital et y mourut cachectique.

Autopsie : péritonite par perforation de l'intestin, à la suite d'ulcération tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire. Adhérences solides autour des annexes droites. La trompe contient un peu de mucus, la muqueuse est épaissie et jaunâtre. Dans la trompe gauche, il y a du pus épais. L'ovaire gauche est gros comme un œuf de poule et contient de petits abcès, quelques-uns comme des noisettes. Les plus gros ont perforé la surface de l'ovaire... Le pus de ces abcès contient diverses bactéries et du bacille de Koch. *Histologiquement :* l'ovaire gauche a son tissu normal complètement disparu et remplacé par du tissu tuberculeux avec tubercules innombrables, infiltration embryonnaire, zones de dégénérescence caséeuse. La muqueuse de la trompe gauche est entièrement détruite ; la paroi montre une structure identique à celle de l'ovaire. Bacilles de Koch innombrables. Ovaire droit normal. La muqueuse de la trompe droite contient des tubercules miliaires avec cellules géantes. Le mode d'invasion des organes génitaux est probablement sanguin ; toutefois, l'état de chronicité des lésions pulmonaires et le fait que les symptômes ont apparu peu après le dernier accouchement, obligent à ne pas rejeter absolument l'hypothèse d'une infection ascendante.

G. — Résultats éloignés

Voir nos 5, 6, 19, 26, 28 à 30, 35, 37 à 41, 43 à 45.

98. Tédenat. — In *Thèse Larnaudie*, Montpellier 90-91, n° 52.

Fibrome de l'ovaire avec tuberculose. Santé excellente pendant dix-neuf ans après l'intervention.

Mme X..., du Vigan, entrée le 20 décembre 1890, est âgée de 28 ans, de constitution générale faible, sans antécédents pathologiques bien nets. Ses parents sont rhumatisants, et la malade présente des signes d'endocardite légère. Premier accouchement

il y a sept ans. Deux ans après, fausse-couche. Les règles revinrent normales. Pour la première fois en juin, elle éprouve de légères douleurs abdominales. Au mois de septembre 1890, les règles se suppriment. Les médecins qui la soignaient crurent à un commencement de grossesse. En octobre, les règles reparaissent sous forme de ménorragies abondantes, avec caillots : elles durent 10 jours. Comme en septembre, douleurs abdominales avec légère poussée de péritonite. En novembre, la menstruation est moins abondante, mais elle est suivie de leucorrhée. Tous les mouvements imprimés au col étant transmis à la tumeur, celle-ci fut prise pour le corps utérin, et un diverticule mobile et flottant senti dans le cul-de-sac fit penser à un fibro-myome utérin sous-péritonéal.

26 décembre, opération. Incision médiane sous-ombilicale de 0,08 centimètres. Liquide ascitique jaune-citron en quantité assez considérable. La tumeur est située à la face antérieure du corps de l'utérus avec laquelle elle était solidarisée. Elle est facilement enlevée, pas d'adhérences.

Suites immédiates bonnes.

Examen macroscopique. — La tumeur est mamelonnée, composée de deux lobes distincts ; elle est dure, recouverte dans toute son étendue par une capsule fibreuse de coloration blanche et nacrée. Le sommet de tous les mamelons est jaunâtre. Entre les deux lobes de la tumeur est la trompe avec son pavillon et ses franges à la partie supérieure ; un tractus plus long s'en détache et se trouve accolé à la tumeur.

Examen microscopique. — M. le professeur Kiener, à l'examen, trouva un fibrome pur et des tubercules à la surface de la tumeur.

M. Tédenat a revu Mme X... en novembre 1909, soit *dix-neuf* ans après. Elle a eu deux grossesses normales et un avortement. Sa santé est excellente, sauf un prolapsus utérin. Rien d'anormal perceptible du côté annexiel.

99. Tédenat. — Abrégée. In *Province Médicale*, 6 février 1909, page 57.

Fibrome de l'ovaire gauche. Tuberculose de la trompe gauche. Résection d'une anse intestinale adhérente à la trompe. Guérison.

M. D..., 28 ans. Antécédents héréditaires nuls. Cicatrices d'écrouelles à la région sous-maxillaire gauche. Sujette aux rhumes ; respiration rude et expiration prolongée au sommet droit.

Réglée à 15 ans, trois ou quatre jours sans pertes blanches. Mariée à 23 ans, pas de grossesse. Depuis trois ans, règles beaucoup plus abondantes, souvent avec caillots. Quelques douleurs prémenstruelles dans les lombes et la racine de la cuisse gauche. Les douleurs ont augmenté depuis cinq mois. La malade est constipée. A trois reprises, poussées de péritonite avec nausées, douleurs lancinantes dans le bas-ventre, léger ballonnement, constipation absolue, qui ont duré cinq à six jours. Pertes blanches abondantes. A son entrée, malade pâle, amaigrie, appétit diminué, digestions lentes, léger ballonnement du ventre. Au toucher : corps utérin, petit, mobile, en rétroversion. Sur son côté gauche, tumeur arrondie, dure, peu mobile, peu douloureuse à la pression, lisse, ayant les dimensions de la tête d'un fœtus à terme. On a l'impression d'une tumeur de l'ovaire gauche, solide, repoussant l'utérus à sa droite. A la partie supéro-interne de la tumeur, un peu de douleur et fin gargouillement. Annexes droites difficilement atteintes, malgré la maigreur de la malade, à cause de la gêne que le refoulement de l'utérus par la tumeur fait à l'exploration...

Diagnostic : *Tumeur de l'ovaire gauche ;* on attribue à la torsion du pédicule les poussées péritonitiques survenues dans les cinq derniers mois.

Opération le 12 décembre 1897. Laparotomie médiane. Légères adhérences de l'épiploon à la partie supérieure de l'incision. Il s'écoule un grand verre de liquide séreux clair. La tumeur se présente arrondie, dure, de couleur gris-clair. La trompe, longue de 15 centimètres, du volume du doigt dans sa moitié interne, a les dimensions d'un gros œuf de poule dans sa moitié interne. Là, elle est couverte de nodosités jaunes et adhère à la moitié antéro-interne de la tumeur. Une anse d'intestin grêle, longue de sept ou huit centimètres, adhère fortement à la partie externe de la

trompe..Tubercules gris et jaunes, quelques-uns ulcérés avec des dépôts fibrineux et caséeux sur le péritoine de l'anse intestinale adhérente et sur ses adhérences à la trompe. Les deux bouts intestinaux portent des papillomes larges de quatre à dix millimètres, isolés ou par petits groupes entre lesquels la séreuse est normale ou vaguement terne avec çà et là quelques points jaunes sous-séreux qui paraissent être des tubercules encore crus... Excision en bloc de la tumeur avec la trompe et le segment intestinal adhérent... Guérison sans incidents.

En 1906, donc *neuf* ans après l'opération, la malade jouissait d'une bonne santé, bien réglée, toujours sans grossesse.

Examen des pièces : 1° Fibrome pur de l'ovaire pesant 2.120 grammes... 2° La trompe présente l'aspect suivant : elle a la forme d'une banane, du volume du pouce dans sa moitié interne, d'un œuf de poule dans sa moitié externe. A l'union de ces deux portions existe une flexion à angle aigu avec torsion axiale. Nodules tuberculeux jaunes, durs ; rares sur la moitié interne, plus nombreux et agglomérés dans la partie renflée. Oblitération complète de l'ostium abdominale où on voit deux franges épaissies, fibroïdes. Pus caséeux dans la cavité tubaire dont les parois sont très épaisses ; les plis de la muqueuse sont épaissis et couverts de granulations tuberculeuses avec de nombreuses ulcérations.

100. Tédenat. — Abrégée. In *Province Médicale*, 6 février 1909, p. 58.

Tuberculose des annexes.

M. G..., 26 ans, vue le 10 juin 1903. Un frère est mort de phtisie pulmonaire. La malade a eu dans son enfance des ganglions au cou et porte deux cicatrices à l'angle de la machoire.

Réglée à 16 ans, très irrégulièrement jusqu'à 20 ans. De 20 à 23 ans, les règles duraient trois ou quatre jours, peu abondantes, avec douleurs deux ou trois jours avant et pertes blanches abondantes. Depuis deux ans, les règles manquent deux ou trois fois de suite, puis, reviennent durant dix ou douze jours très abondantes. Leucorrhée nécessitant des injections quotidiennes. Depuis cinq ou six mois, coliques fréquentes, douleurs presque continues dans le bas-ventre et la région lombaire ; les règles ont manqué pen-

dant les trois derniers mois et le ventre a augmenté progressivement de volume.

La malade dit avoir maigri ; elle a un appétit satisfaisant, ne tousse pas, ne sue pas la nuit, son aspect extérieur n'est point mauvais. La malade se dit vierge et paraît l'être.

Ascite moyenne, sans nodosités. L'exploration combinée montre : Vagin étroit. Col conique dans l'axe du vagin. Corps utérin en rétroversion. On sent les annexes droites prolabées, formant une masse noueuse du volume d'un œuf de poule et peu douloureuse à la pression du doigt. Du côté gauche, masse cylindroïde dure et mobile. Induration diffuse légère de tout le Douglas.

Bien qu'il n'y ait aucun signe de tuberculose pulmonaire, M. Tédenat diagnostique : Tuberculose des annexes. Il se base sur la virginité, l'aspect noduleux des annexes droits, l'ascite, la suppression des règles, les antécédents écrouelleux de la malade, son amaigrissement. Laparotomie. Evacuation d'environ deux litres de liquide ascitique rougeâtre avec flocons fibrineux. — Ablation facile des annexes et de l'utérus en bloc. Lavage de la cavité pelvienne avec des tampons de gaze imbibés d'eau oxygénée étendue de solution salée à 10 p. 1.000. Suites opératoires simples, sauf une reproduction d'ascite assez abondante qui était complètement résorbée au vingtième jour.

Cinq ans après l'opération (1908), la malade est restée bien guérie et jouit d'une bonne santé.

Les lésions tuberculeuses des trompes n'avaient rien de spécial, sauf les dimensions de la trompe gauche, qui était du volume d'un gros œuf dans son tiers interne et couverte de grosses nodosités tuberculeuses, quelques-unes dures, d'autres caséifiées.

101. Beyea. — Fragments. *Congrès International de Médecine.* 1900. Comptes-rendus. T. 15, p. 316.

Tuberculose du col utérin et salpingite tuberculeuse.

Femme de 23 ans, sans antécédents. Jamais enceinte. Réglée à 18 ans, très peu, aménorrhée fréquente. Aménorrhée actuelle depuis six mois. Leucorrhée abondante. — Début des troubles, à 19 ans ; depuis cette époque, l'état de santé décline. Il y a quinze jours, forte douleur à gauche dans le ventre, douleurs lombaires ;

fièvre et pouls rapide ; pertes vaginales mucopurulentes très abondantes.

Au toucher, ovaire gauche prolabé adhérent derrière l'utérus. Pas de nodules le long de la trompe qu'on sent nettement malade. Les annexes droites également malades, en relation immédiate avec les bords de l'utérus. (Il y a tuberculose du col à forme papillaire.) Amputation du col et ablation des annexes.

Convalescence normale. *Seize mois après,* la malade en bonne santé avait notablement engraissé, et ne présentait aucun signe de lésion tuberculeuse. Les trompes étaient criblées de tubercules bacillaires, dans lesquels on trouvait des bacilles.

102. Boucaud (de). — Résumée. Congrès de la Tuberculose de 1905 d'après la *Revue de la Tuberculose*, 1905, p. 467.

Femme jeune. Trois poussées fébriles, douloureuses, longues et cachectisantes. Plastron pelvien au milieu duquel on sentait deux volumineuses poches abcédées. Laparotomie ; évacuation des foyers abcédés ; extirpation de ce qui restait des annexes. Granulie péritonéale sans ascite. La guérison a été parfaite, la malade a été suivie pendant *un an et demi.*

103. Secheyron. — Résumée. *Arch. Méd. de Toulouse*, 1907, p. 15, n° 1.

Femme de 23 ans, mariée, sans enfant, une fausse couche. Forte constitution, jamais malade. — Début par irrégularité des règles et pertes blanches. Tumeur sur la ligne médiane et un peu à gauche, comme un petit melon ; faisant corps avec l'utérus, arrondie, non douloureuse, consistance rénitente. Plusieurs chirurgiens firent le diagnostic de *fibrome sous-péritonéal.* Laparotomie : Péritoine épaissi et granuleux ; adhérences de la masse salpingienne à l'intestin. On vide, draine, et marsupialise la poche dont il reste un tiers adhérent, à parois épaisses de un centimètre. Suites assez bonnes, il persiste une fistule abdominale. *Deux ans* après, la malade est revue : on sent nettement deux masses salpingiennes englobant l'utérus et entourées d'adhérences à limites mal précises.

104. Secheyron. -- Résumée. *Arch. Méd. de Toulouse*, 1907, p. 15, n° 2.

Femme de 38 ans, de bonne santé habituelle. Deux accouchements normaux. Ménorragies, diagnostic de *fibrome mou, à évolution rapide*. Tumeur comme une tête d'adulte, englobant l'utérus ; sa consistance rappelle celle de l'utérus gravide. — Santé générale parfaite. Laparotomie. Vaste poche salpingienne adhérente qu'on ne peut enlever qu'en partie. Il s'établit une suppuration intarissable. La malade meurt cachectique *cinq ans* après l'intervention, ayant subi dans l'intervalle deux ouvertures d'abcès froids et une phlébite double.

105. C. L. Bonifield. — Résumée. In *Americ. J. of Obst.*, nov. 1902, p. 724.

Jeune fille de 17 ans, opérée pour appendicite. Quelque temps après, tympanite et dyspepsie. Tuberculino-réaction positive. — Diagnostic de péritonite tuberculeuse (?). Opération : Annexes très adhérentes, ainsi que les anses intestinales pelviennes. Pas de pus. Ablation des annexes. Guérison clinique parfaite, maintenue au moins pendant *cinq ans*.

CONCLUSIONS

Une fraction notable des annexites, peut-être le dixième, est d'origine tuberculeuse. L'affection est fréquemment secondaire à d'autres lésions bacillaires, mais, fait important pour la thérapeutique, son importance peut être très nettement prédominante sur celle des autres localisations. Outre l'étiologie banale de la tuberculose, elle reconnaît pour facteurs localisateurs des états d'infériorité organique : malformations hérédo-dystrophiques et hypoplasiques, congestions de tous ordres...

La contamination se fait par voie sanguine presque toujours, même peut-être lorsque — circonstance rare — l'affection est primitive. Toutefois, d'autres modes de contamination sont possibles, mais moins fréquents : péritonite tuberculeuse en première ligne, puis infection par voie ascendante.

La trompe est le siège le plus habituel du processus, puis l'ovaire. Les lésions macroscopiques sont banales et ressortissent à des types très divers. Le péritoine du bassin est très fréquemment atteint, soit comme siège initial des lésions, soit par extension secondaire. La tuberculose utérine secondaire est assez fréquente. La tuberculose isolée de l'ovaire est rare.

Le diagnostic ne peut pas, cliniquement, se faire sur des signes de certitude. Il est bon de tenir compte de l'im-

pression intuitive qui émane du mode de groupement de symptômes qui, d'ailleurs pris isolément, existent dans les annexites banales. Les méthodes microbiologiques fournissent un sérieux appoint à l'établissement du diagnostic.

Le pronostic est fâcheux à cause du danger d'extension et de généralisation des lésions. La fonction est gravement compromise : stérilité, grossesse extra-utérine. Toutefois, la guérison spontanée, ou tout au moins la rémission prolongée sont possibles ; et cette tendance à la guérison est un facteur important des résultats thérapeutiques. En conséquence, la thérapeutique doit compter sur cette force médicatrice naturelle, l'appuyer de toutes les ressources médicales ; quant à l'intervention opératoire, elle est utile, sinon indispensable. Elle doit être conduite par la voie haute et viser à *supprimer tout ce dont la capacité fonctionnelle est irrémédiablement abolie ;* elle doit au contraire *conserver tout ce qui peut encore jouer un rôle utile*. Il faut donc proscrire les interventions systématiquement arrêtées à l'avance et agir dans chaque cas au mieux des indications fournies par l'état des organes, par l'extension et la localisation des lésions tuberculeuses.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ce relevé bibliographique n'est fait qu'à partir de 1900-1901 ; pour la période antérieure, consulter la bibliographie de la thèse de Mlle Gorovitz. Un certain nombre d'indications n'ont pas été vérifiées, elles sont cependant données pour faciliter les travaux ultérieurs, mais il se peut qu'elles renferment des inexactitudes.

Avant 1900, je me borne à citer :

LARNAUDIE (1890-1891). — Contribution à l'étude des Tumeurs solides de l'ovaire. *Th. Montpellier,* n° 52.

WILLIAMS (1892). — Tuberculose des Organes Génitaux de la Femme. *John Hopkin's Hosp. Reports.*

RICHE (1893). — Salpingite tuberculeuse. *Gaz. des Hôp.*

GUILLEMAIN (1894). — Tuberculose de l'Ovaire. *Rev. de chir.,* p. 985.

1900

BERNHEIM. — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme. *Congrès International de Médecine de Paris ; Comptes-rendus.* Tome XV, p. 328.

BEYEA. — Comme *Bernheim,* page 316.

CLAISSE et DARTIGUES. — Tuberculose de la trompe et de l'ovaire, coexistant avec un myome utérin. *Soc. Anat.,* février, p. 127.

GOROVITZ (Mlle M.). — De la tuberculose génitale chez la femme. *Th. Paris,* 1900, n° 629. Reproduite *in Rev. de Chir.,* 01. juin et suiv.

HAAGEN. — Sur la tuberculose génitale de la femme. *Inaug. Diss. Fribourg i. Br.*

TURNER. — Sur la tuberculose génitale de la femme. Discussion. *Obst. Soc. London.* Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, janvier, p. 94.

WOLLSTEIN (Mlle M.). — *Arch. Ped.* mai., d'après *Americ Journ. of Obst.*, octobre.

1901

BÔHMANN. — Sur la tuberculose des trompes : un cas de salpingite primitive. *Inaug. Diss., Würtzburg.*

CAZENEUVE. — Tuberculose des annexes. *Th. Montpellier,* n° 31.

CŒLHO. — A tuberculose da mulher. *Med. Contemp., Lisbonne,* IV.

CUTTS. — Tuberculose des trompes, des ovaires et du péritoine. *West M. Rev.,* VI.

HARTZ. — Revue générale sur la tuberculose génitale. *Monats. f. Geb. u. Gyn.,* septembre

HAUSCHKA (V.). — Un cas de tuberculose génitale ascendante. *Wiener Klin. Wochen.,* p. 1.251.

KUNDRAT — Sur la tuberculose de la muqueuse utéro-tubaire. *Arch. f. Gyn.,* LXV, p. 75.

MENNE. — Z. Kasuistik der Tuberculose der weiblichen Sexualorgan bei virginellen Genitalbefunde. *Inaug. Diss. Greifswald.*

SHOBER. — Tuberculose primitive des trompes. *Coll. of Physic. of Philadelphia,* 21 février. Compte-rendu *in Americ. Journ. of. Obst.,* mai.

TUFFIER et MILIAN. — *Soc. de Biol., avril.*

1902

AHLEFELDER. — Contribution à l'étude clinique et anatomique de la tuberculose génitale de la femme. *Monats. f. Geb. u. Gyn., XVI, III,* 296.

Amann. — *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, XVI, II.

Archambault. — Tuberculose génitale primitive chez la femme. *Gaz. de Gyn., XVII*, 209.

Bonifield. — *Americ. Journ. of. Obst.*, novembre, 724.

Braye. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus. *Th. Paris*, 324.

Brünning. — Tuberculose des organes génitaux féminins dans l'enfance. *Monats f. Geb. u. Gyn., XVI, II*, 144.

Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique, Rome, 17 septembre. Rapports de : Amann, Faure, Martin, Veit, in *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*

— Discussion par : V. Franqué, Guttierez, Gottschalk, Pichevin, Pozzi, Spinelli.

Dittrick (H.-S.). — *Americ. Med., mai*, in Rev. de la Tuberculose, p. 333.

Elsaesser. — Sur un cas de kyste de l'ovaire tuberculeux. *Inaug. Diss., Tübingue*, juin.

Geurmell. — Tuberculose primitive des ovaires. *North. of England Obst. and Gyn. Soc.*, d'après *Rev. de Gyn.* 03, 680, et *Americ. Journ. of Obst.*, avril 1903.

Hall. — Sur la tuberculose du péritoine. *Congrès of Americ. Ass. of Obst. and Gyn.*, d'après *Americ. Journ. of Obst.*, novembre.

Hartz. — Sur la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, XVI, III, 335.

Johnstone. — *Cincinnati Obst. Soc.*, d'après *Americ Journ. of Obst.*, mars.

Martin. — U. Genitaltuberkulöse. *Monats. f. Geb. u. Gyn., XVI.*

Murphy. — *Congres of Americ. Ass. of. Obst. and Gyn.*, d'après *Americ. Journ. of Obst.*, novembre.

Noble — Bilateral Tuberculous Salpingitis. *Obst. Soc. of. Philadelphia, octobre.*

Pichevin. — Discussion sur la tuberculose primitive des trompes. *Sem. Gyn., VII*, 358.

Pietrowska (Mlle E.). — Des fistules pyostercorales à la suite

de tuberculose des annexes. *Th. Lausanne.* Compte-rendu *in Rev. de Gyn.*, 05, p. 562.

Polano. — Contribution clinique et anatomique à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., XLIV*, 1.

Sarkisian. — Salpingite tuberculeuse. *Soc. Anat.*, 16 mai, p. 486.

Schütte. — Sur la tuberculose génitale de la femme. *Inaug. Diss. Münich, n°* 28.

Sellheim. — Diagnostic et Traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Hegars Beiträge z. Geb. u. Gyn., VI*, 3.

Soubeyran. — Un cas de salpingite hémorragique. *Montpellier Médical*, janvier.

Tate. — *Cincinnati Obst. Soc., décembre*, d'après *Americ. Journ. of Obst., mars* 1903.

Veit. — U. Tuberkulose des weiblichen Sexualorg. und des Peritoneums. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, XVI.

Vineberg. — Tuberculose utérine avec tuberculose annexielle. *The New-York Obst. Soc., novembre*, d'après *Americ. Journ. of Obst.*, janvier 1903.

Woskrezenski. — Sur la tuberculose chronique des ovaires. *Th. Moscou.*

1903

Allaria. — Tuberculose primitive des organes génitaux chez une enfant de onze ans. *Pédiatria*, juin.

Andrews. — Notes statistiques sur l'étiologie des salpingites. *Chicago Gyn. Soc.* Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, février 1904.

Berkeley. — Tuberculose génitale de la femme. *Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, janvier, d'après *Zentralb. f. Gyn.*, 1904, 157.

Boursier. — Péritonites tuberculeuses et annexites. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20 septembre, 609.

Cousyn. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes. *Th. Paris*, n° 481.

Cullen. — Tuberculose des organes pelviens de la femme. *Canada Lancet*, d'après *Rev. de Gyn., p.* 552.

Dervaux. — De la tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales. *Th. Paris*, n° 3.

Gandy. — *Soc. Anat.*, 824.

Gersung. — Voir ci-dessous : Murphy.

Gottschalk. — Sur un cas de tuberculose génitale de la femme, primitive et héréditaire. *Arch. f. Gyn., LXX*, 1, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1904, 26 ou *Rev. de Gyn.*, 1904, 724.

Haultain. — Voir ci-dessous : Targett.

Henkel. — *Soc. Obs. et Gyn., Berlin*, 12 *juin*, d'après *Rev. de Gyn.*, 1904, 120.

Hübner. — Ein Beitraz zur Lehre der primaren Tuberkulose. *Inaug. Diss., Wurtzburg*, mars.

Jaboulay et Rivière. — Annexes tuberculeuses. *Lyon Médical*, p. 1.010.

Kiparski. — *Soc. Gyn. et Obst. de Saint-Pétersbourg*, 20 novembre, d'après *Rev. de Gyn.*, 04, 710.

Konrad. — Sur la tuberculose des ovaires. *Gynœkologia (de Budapesth)*, n° 3, d'après *Zent. f. Gyn.*, 04, p. 1.030.

Kraus. — Voir ci-dessous : Murphy.

Lea. — Tuberculose des trompes et des ovaires. *North of Engl., Obst. and Gyn. Soc.*, avril-mai.

— Discussion à *Brit. Med. Ass.*, d'après *The Lancet*, 15 août.

Murphy. — Tuberculose des organes génitaux et du péritoine de la femme. *Americ. Journ. of Obst.*, décembre.

Muscatello. — Hernie inguinale contenant un pyosalpinx tuberculeux, d'après *Cotte, in Rev. de Gyn.*, 06, p. 1.020.

Neter. — *Arch. f. Kinderheilk*, XXXVI, n^{os} 3 et 6.

Péraire. — *Soc. Anat.*, p. 842.

Prüssmann. — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire. *Arch f. Gyn.*, LXVIII-III, d'après *Americ Journ. of Obst.*, mars 04.

Rehbock. — Diagnostic de la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Inaug. Diss., Greifswald*, mars.

Roberts. — Tuberculose de la trompe et de l'ovaire. *Obst. Soc.*

London, 4 mars. Compte-rendu in *Americ. Journ. of Obst.*, avril.

Schakoff (Mlle M.). — Contribution à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Th. Genève,* n° 7.

Schiler. — Sur les résultats du traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Inaug. Diss. Fribourg i. Br.,* mai.

Snow. — Voir ci-dessous : Targett.

Strassmann. — Salpingite tuberculeuse bilatérale. *Soc. Obst. et Gyn., Berlin,* d'après *Rev. de Gyn.*, p. 674.

Studdifford. — Tuberculose tubaire bilatérale. *New-York Obst. Soc.,* 26 mai. Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, septembre.

Swayne. — Voir ci-dessus : Roberts.

Targett. — Sur la tuberculose génitale de la femme. Discussion. *Brit. Med. Ass., in The Lancet,* 15 août, p. 465.

Veit. — Tuberculose des organes sexuels et du péritoine de la femme. *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, septembre.

Wechsberg. — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, novembre.

Weinberg et Arnal. — Pyosalpinx tuberculeux ouvert dans le gros intestin. *Soc. Anat.*, mars, p. 236.

1904

Anspach. — *Coll. of. Phys. of Philadelphia.* Compte-rendu *in Americ. Journ. of. Obst.*, octobre.

Baumgarten. — Recherches expérimentales sur le mode de propagation de la tuberculose génitale. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 42, p. 1.097, d'après *Rev. de Gyn.*, 1904, p. 1.085, ou *Zentr. f. Gyn.*, 1905, p. 756.

Beyea. — Tuberculose des annexes. Discussion. *Soc. Med. de Philadelphie.* Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, octobre.

Boldt. — Gynatrésie simulant un utérus bicorne. Salpingite et péritonite tuberculeuses. Castration abdominale. *New-York Obst. Soc.*, mars. Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, juin, p. 831.

— Tuberculose étendue à l'épiploon, l'intestin, les annexes. *New-York Acad. of Med.*, mars. Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, juillet, p. 121.

Celler. — Deux cas de tuberculose de l'ovaire. *Americ. Journ. of Obst.*, octobre.

Glockner. — Cancer de l'ovaire associé à des lésions tuberculeuses de cet organe. *Soc. d'Obst. de Leipzig*, mars. Cpte-rendu *in Zent. f. Gyn.*, p. 702.

Jamin et Violet. — Quelques cas de tuberculose génitale chez la femme. *Lyon Méd.*, C. III, p. 457.

Konrad. — Tuberculose tubaire. *Ass. Roy. des Méd. de Buda-Pesth.* Compte-rendu *in Zent. f. Gyn.*, p. 774.

Kraus. — Tuberculose de l'utérus gravide et puerpéral. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, LII, 3, d'après *Zent. f. Gyn.*, p. 1.495.

Leuret. — Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale de la femme. *Th. Paris*, n° 78.

Macnaughton-Jones. — Tuberculose génitale de la femme. Court résumé de l'état actuel de nos connaissances. *Edimb. Med. Journ.*, août, p. 113, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1905, p. 1.340.

Mayo. — *Denver Med. Times*, XXIV.

— *Dominion Med., Monthly*, XXIII.

Monod. — Trompes tuberculeuses chez une jeune fille. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, XXXIV, p. 909.

Rosenstein. — Recherches sur la marche de l'infection dans la tuberculose génitale de la femme. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, XX, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1905, p. 381.

Schumann. — Tuberculose des trompes, des ovaires, de l'appendice et des ganglions mésentériques. *Coll. of Phys. of Philadelphia.* Compte-rendu *in Americ. Journ. of Obst.*, L., p. 546.

Senni. — Sur la tuberculose primitive de l'ovaire. *Gaz. degli Osp.*, mars.

Simmonds — Tuberculose congénitale par tuberculose génitale de la mère. *Soc. Méd., Hambourg*, 24 mars, d'après *Rev. de la Tuberculose*, 1905, p. 71.

Stankoff. — Un cas typique de salpingite tuberculeuse descendante. *J. Akusch. y. jensk. boliez., Saint-Pétersbourg.*

Stein. — Uber Adenomatôse Wucherungen der Tubenschleimhaut bei chronischer Tuberkulöse und gonorrhœ der Tuben. *Monats f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVII, d'après *Zent. f. Gyn.*, 270.

— Ein Beitrag z. Lehre von der Ætiologie der Tubargravidität. *Inaug. Diss. Giessen*, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1905, 1.579.

Thomsen. — Tuberculose des organes génitaux de la femme. *J. akusch. y Jensk. boliez.*, p. 200, d'après *Rev. de Gyn.*, 1906, p. 165.

— Voir aussi : *Monats f. Geb. und Gyn.*, 1905, XXI et *Zent. f. Gyn.*, 1905, p. 985.

Tusini. — Clinique et anatomie pathologique de la tuberculose des tumeurs de l'ovaire. *Ginecologia*, 30 novembre, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1907, p. 1020.

1905

Albertin et Tavernier. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. *Soc. chir., Lyon.* Compte-rendu *in Lyon Med.* CV, p. 28.

Arrou. — Péritonite tuberculeuse récidivée. *Soc. Chir.*, 28 juin p. 649.

Bégouin. — Annexite et péritonite tuberculeuses. Faits de guérison par simple laparotomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juillet, p. 557.

Bennecke. — *Rostoker Aertzverein*, 8 juillet. (Voir ci-dessous Jung.)

Birnbaum. — Sur l'emploi de la tuberculine de Koch dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Deutsch. Med. Wochen.*, n° 22.

Boucaud (de). — Voir Congrès de la Tuberculose. *Rev. de la Tuberculose*, p. 467.

Chaput et Cornil. — *Soc. Anat.*, juillet, p. 603.

Chaufton. — La Tuberculose annexielle. *Th. Paris*, n° 141.

Congrès de la Tuberculose, Paris : Boucaud (de), Cornil, Delagenière, Secheyron, Tédenat, Villemin.

Cornil. — Note sur les tubercules de l'ovaire. *Soc. Anat.*, mai, p. 433 et juillet, p. 603.

— *Congrès de la Tuberculose*. Compte-rendu de la *Rev. de Tub.*, p. 465.

Delagenière. — *Congrès de la Tuberculose.*

Durand. — *Soc. de Chir. de Lyon*, 9 novembre. Compte-rendu in *Lyon Médical*, CV, p. 976.

Fitzgerald. — Voir ci-dessous Lea.

Goullioud. — Kyste de l'ovaire tuberculeux. *Soc. Chir.*, Lyon 2 février. Compte-rendu in *Lyon Méd.*, CIV, 531.

Jordan. — Double pyosalpinx tuberculeux. *Brit. Gyn. Journ.*, XX.

Jung et Bennecke. — Recherche sur la voie d'infection des organes génitaux de la femme par la tuberculose. *Mediz. Verein, Greifswald*, mai. Compte-rendu *in Zent. f. Gyn.*, 815.

Kelly. — Localised Telangiectasic Condition of a Fibroid, with Tuberculous Disease of the Ovaries and Tubes. *Brit. Med. Journ.*, II, 712.

Lannes-Dehore. — Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus. *Th. Lyon*, n° 86.

Lea. — Tuberculose des trompes. *North of Engl. Obst. and Gyn. Soc.*, 17 mars. Compte-rendu in *The Lancet*, 25 mars, p. 802, et *Rev. de Gyn.*, p. 747.

Leriche. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. *Soc. Sc. Méd., Lyon*, 17 mai ; *in Lyon Méd.*, CV, p. 190.

Macnaughton-Jones. — *Brit. Gyn. Soc.* octobre, d'après *Rev. de Gyn.*, 06, p. 292.

Marcy. — Péritonite tuberculeuse chez la femme. *Americ. Tuberc. League*, d'après *Annals of Surg.*, XLII, p. 755.

Martin. — De la salpingite tuberculeuse. *Th. Lyon,* n° 74.

Mayo. — Sur la tuberculose du péritoine. *Americ. Med. Ass.*

Milian. — Sur la périovarite tuberculeuse. *Soc. Anat.,* p. 437.

Nebesky. — Tuberculose génitale chez la femme. *Monats. f. Geb. u. Gyn.,* novembre, XXII, 5, d'après *Zent. f. Gyn.,* p. 1604, ou *Americ. Journ. of Obst.,* mars 06, p. 455.

Patel. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. *Soc. Chir., Lyon,* 7 décembre.

Pease. — Salpingitis, tuberculous and otherwise. *Int. Journ. of, Surg.,* XVIII.

Pichevin. — Tuberculose des organes génitaux internes de la femme. *Sem. Gyn.,* mars.

— Opérabilité des formes sèches de la tuberculose utéro-annexielle. *Sem. Gyn.,* X.

Pollosson. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire. *Soc. Chir.,* Lyon, 26 janvier. Compte-rendu *in Lyon Méd.* CIV, p. 456.

Pollosson et Violet. — Tuberculose des kystes de l'ovaire. *Annales de Gyn. et Obst.,* octobre.

Pompe v. Merdervoort. — Pyosalpinx tuberculeux. *Soc. de Gyn. de Hollande,* 15 janvier, d'après *Zent. f. Gyn.,* 597.

Potherat. — *Soc. Chir.,* 28 juin, p. 649.

Rémy. — Des kystes de l'ovaire tuberculeux. *Th. Lyon,* n° 85.

Reynier. — Tuberculose utéro-annexielle. *Soc. Chir.,* 14 juin, p. 596.

Secheyron. — Sur une cause d'erreur de diagnostic de la salpingite tuberculeuse avec le fibrome utérin. *Congr. de la Tuberculose,* et *Arch. Méd. Toulouse,* 07, p. 15.

Staude. — *Geb. Gesell, Hamburg,* 10 octobre, d'après *Zent. f. Gyn.,* 06, p. 122.

Targett. — Unsuspected tuberculous salpingitis and pyosalpinx. *Obst. Soc., London,* XLVI.

Tavernier. — Tuberculose utéro-annexielle. *Soc. Chir., Lyon,* 14 mai.

Tédenat. — *Congrès Int. de la Tuberculose.*

Thomsen. — (Voir 1904.)

THORN. — Traitement opératoire de la tuberculose génitale de la femme. *Mediz. Gesell. z. Magdeburg,* 27 avril.

TIXIER. — *Soc. Chir., Lyon,* d'après *Lyon Méd.,* CIV, p. 456.

VILLEMIN. — *Congrès Int. de la Tuberculose.*

VIOLET. — *Soc. Sc. Méd., Lyon,* 17 mai ; *in Lyon Méd.,* CV, 190.

YOUNG. — Un cas de salpingite tuberculeuse ouverte dans le rectum. *Boston Med. and Surg. Journ.*

1906

AUTEFAGE et DECERF. — *Soc. Méd.-Chir. du Nord,* d'après *Prov. Méd.,* novembre, p. 520.

BASTIAN. — *Soc. Obst. et Gyn. de Suisse Romande,* 1er mars. Compte-rendu *in Presse Méd.,* p. 555.

BIRNBAUM. — Sur l'emploi de la tuberculine de Koch et sa valeur diagnostique dans la tuberculose uro-génitale. *Hegars Beitr.,* X.

BROCA. — Traitement chirurgical de la tuberculose du péritoine. Rapport au *Congrès de Lisbonne, in Ann. de Gyn. et Obst.,* avril.

BRÖSE. — *Gesell. f. Geb. u. Gyn. z. Berlin,* d'après *Zent. f. Gyn.,* p. 1.099.

COVA. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéraux avec communication des deux sacs par les pavillons. *Ginecologia,* III.

DICKINSON. — Infection tuberculeuse d'un myome utérin. *Americ. Journ. of. Obst.,* juin, p. 799.

DURAND. — Castration totale dans les tuberculoses annexielles. *Rev. Prat. de Gyn. et Obst.*

FACILIDES (Fritz.). — Beitrag z. Kenntnis der weiblichen genital Tuberkulôse. *Inaug. Diss., Leipzig,* janvier.

HENSE. — Tuberculose des trompes. *Gesell. f. Geb. u. Gyn., Berlin,* 27 *avril.* Compte-rendu *in Zent. f. Gyn.,* 850.

HUETER. — Ueber Epoophoron Tuberkulôse. *München Med. Woschens,* LIII.

Jaboulay et Patel. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. *Soc. Chir., Lyon,* d'après *Lyon Méd.*, CVI, 27.

Jones. — Tuberculose primitive des trompes. *Brit. Gyn. Journ.*, XXI.

Jung. — Un cas de tuberculose de l'utérus gravide et du placenta. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, XXIII, 2, d'après *Zent. f. Gyn.*, 432.

Kemp. — Un cas de salpingite tuberculeuse diagnostiquée par l'injection de tuberculine. *Hosp. Tid. Köben,* XIV.

Kuzmin et Lintvareff. — Salpingite tuberculeuse. *Med. Obozr., Moscou.*

Oberndrofer. — Pathogénie et Anatomie pathologique de la tuberculose génitale. *Wiener. Klin. Rundsch.*, 39-40, d'après *Zent. f. Gyn.*, 07, 776.

Pollosson et Violet. — Tuberculose du col de l'utérus. *Rev. de Gyn.*, p. 205.

Recordati. — Sur quelques cas de tuberculose de la trompe. *Arch. Italian. di Ginecol.*, II.

Roth-Schulz. — Valeur diagnostique de la tuberculine. *Beiträg. z. Klin. der Tuberk.*, VI.

Scipiades. — Péritonite tuberculeuse et tuberculose des trompes pendant la grossesse. *Gyn. Sek. des König. Ungar. Arztvereins z. Budapesth,* novembre. Compte-rendu *in Zent. f. Gyn.*, 07, 1.418.

Smyly. — *Roy. Acad. of Med. in Ireland.* Compte-rendu *in The Lancet,* 17 mars, p. 759.

Strassmann. — (Voir ci-dessus : Brôse.)

Thévenard. — Salpingite tuberculeuse. *Soc. Anat.*, 23 février, p. 172.

Varalido. — Sur la propagation de la tuberculose dans les organes génitaux de la femme. *Clinic. Ost.*, I.

1907

ARCHAMBAULT. — Tuberculose de la trompe coexistant avec un fibromyome utérin tuberculisé. *Albany Med. Annals*, janv., d'après *Gaz. Hôp.*, p. 1.305.

BAISCH. — Résultats éloignés du traitement de la tuberculose péritonéale et génitale. *XII^e Congr. All. de Gyn., Dresde*, mai. Compte-rendu *in Zent. f. Gyn.*, 755.

BAUMGARTEN. — Sur la direction du sens de propagation de la tuberculose dans les voies génitales de la femme. *Berlin, Klin. Wochens.*, n° 3, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1.023.

BIRNBAUM. — Diagnostic et traitement de la tuberculose urogénitale de la femme par la tuberculine de Koch. *XII^e Cong. All. de Gyn., Dresde*, mai. Voir *Zent. f. Gyn.*, pages 757, 1.019 et 1.174.

BYBEE. — Péritonite tuberculeuse chez la femme. *Surg. Gyn. and Obst.*, février, d'après *Zent. f. Gyn.*, 09, 1.134.

GALATIA. — Tuberculose de l'utérus, des annexes et du péritoine. *Gyn. Rundschau*, I-4, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1.022.

GOODALL. — Considérations cliniques sur la tuberculose pelvienne. *Americ. Journ. of Obst.*, LV, juin.

GRIMSDALE. — *North of Engl. Obst. and Gyn. Soc.* Compte-rendu *in The Lancet*, avril, 1.181.

HOHLFELD. — Tuberculose des organes génitaux internes chez les enfants. *Gesell. f. Geb. u. Gyn., Leipzig*, 18 février, d'après *Zent. f. Gyn.*, 664.

KIPARSKI. — Deuxième Congrès des Gyn. et Acc. Russes. Moscou, d'après *Zent. f. Gyn.*, 781.

LEA. — Trois cas de tuberculose chronique des trompes. *Journ of Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, n° 1, d'après *Zent. f. Gyn.* 1908, p. 32.

LOCKYER. — Salpingite tuberculeuse bilatérale primitive. *Journ. of Obst. and Gyn., Brit. Emp.*, XII.

LUCY. — Tuberculose des organes pelviens de la femme. *Journ.*

of Obst. and Gyn. Brit. Emp., janvier, d'après *Americ Journ. of Obst.*, février, 262.

MEYFARH. — U. Ovarialtuberkulose der Kuh. Berlin.

PANKOW. — (Voir ci-dessus : BIRNBAUM.)

POTHERAT. — Cancer du col, tuberculose des annexes. *Soc. Chir.*, décembre, p. 1221.

ROUFFART. — La tuberculose annexielle chez la femme : un cas d'endosalpingite tuberculeuse. *Journ. de Chir. et Ann. de la Soc. Belge de Chir.*, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1908, p. 62.

SECHEYRON. — *Arch. Méd. Toulouse*, p. 15.

VIOLET. — Abcès froid tubaire. *Soc. Sc. Méd. Lyon.* Compte-rendu in *Lyon Méd.*, CVIII, p. 913.

— *Soc. Sc. Méd. Lyon.* Compte-rendu in *Lyon Méd.*, 1908, p. 312.

VIOLET et COTTE. — Annexite tuberculeuse. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 30 janvier et 6 février, d'après *Lyon Médical*, CVIII, p. 778.

1908

ALBERTIN. — Abcès froids tubaires. *Lyon Chir.*, novembre.

ALLEAUME. — Rapports de la tuberculose génitale chez la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital. *Th. Paris*, n° 43.

ARROU. — Ascite tuberculeuse récidivante. Tuberculose salpingienne. *Soc. Chirurgie*, p. 649.

BAISCH. — Résultats éloignés du traitement de la tuberculose génitale et péritonéale. *Arch. f. Gyn.*, LXXXIV, 2, d'après *Zent. f. Gyn.*, p. 1228.

CALZOLARI. — Réaction à la tuberculine et tuberculose génitale primitive. *Arch. di Ost. et Gin.*, I, d'après *Zent. f. Gyn.*, p. 1295.

CLARK. — Tuberculose des organes génitaux de la femme. *N. Orl. Med. and Surg. Soc.*

Constantinesco. — Tuberculose des organes génitaux internes. *Soc. Chir. Bucarest,* p. 185.

Constantinesco et Gomoiu. — Tuberculose des voies génitales internes. *Spitalul,* d'après *Zent. f. Gyn.,* 1909, p. 1134.

Elgood. — *Brit. Med. Journ.,* 28 novembre.

Garkish. — Tuberkulose Corpusluteumcyste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* LXIII, 1, d'après *Zent. f. Gyn.,* 1909, p. 117.

Goldschmidt. — Tuberculose caséeuse du vagin, de l'utérus et des annexes. Ancienne tuberculose pulmonaire. *Aerzteverein i. Frankfurt a. M.,* 21 septembre.

Heinrich. — Tuberculose de l'utérus et des trompes coexistant avec un myome. *Monats. f. Geb. u. Gyn.,* XXVIII, 4, d'après *Journ. de Chir.,* décembre.

Hormann. — Ophtalmoréaction dans la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Gyn. gesell. in München,* mai et *Münch. Med. Wochens.,* juin, d'après *Zent. f. Gyn.,* p. 1286.

Josselin de Jong. — *Niederl. Gyn. Gessell.,* mai, d'après *Zent. f. Gyn.,* p 1430.

Krœmer. — Sur quelques formes rares de la tuberculose génitale chez la femme. *Monats. f. Geb. u. Gyn.,* XXVI, 5, d'après *Zent. f. Gyn.,* p. 164.

Liefmann. — Clinique de la tuberculose des trompes. *Inaug. Diss. Fribourg.*

Lingen. — Tuberculose des trompes. *Soc. Méd. Allem. de Saint-Pétersbourg,* 11 février.

Logothétopoulos. — Tuberculose de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* LXI, d'après *Zent. f. Gyn.,* p. 377.

Mac-Cann. — Remarques sur le traitement de la tuberculose génitale. *Journ. of. Obst. a. Gyn. Brit. Emp.,* juillet.

Mackensie. — Un cas de pyosalpinx tuberculeux. Salpingectomie. *Journ. Roy. Army. Med. Corps.*

Macnaughton-Jones. — Tuberculose tubaire primitive, unilatérale. *Roy. Soc. of. Med.,* avril, d'après *Lancet,* I, p. 1275.

Martin. — Tuberculose génitale. *Berl. Klin. Wochens.,* janvier, d'après *Americ. Journ. of Obst.,* mars, p. 454.

MAYLARD. — Tuberculose abdominale. Londres.

PUREFOY. — Salpingite tuberculeuse. *Tr. Roy. Acad. Med. Ireland,* Dublin, XXVI.

RENAUD. — *Soc. Anat.*, avril, p. 227.

SCHICK. — Annexes tuberculeuses. *Geb. Gyn. Gesell.* Vienne, décembre, d'après *Zent. f. Gyn.*, 1909, p. 630.

SCHILLER. — Tuberculose génitale. *Gyn. Gesell., Breslau,* mars, d'après *Zent. f. Gyn.*, 09, p. 30.

STRANAHAM. — Salpingite tuberculeuse. *New-York S. Journ. Med.*

VOIGT. — Karzinomähnliche Wucherung der Tubenschleimhaut bei Salpingitis tuberculosa. *Beitr. z. Klin. d. Tub. Würtzburg,* XI, 301.

VOLLE. — De l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux d'origine génitale chez la femme. *Th. Lyon.*

ZANFRAGUINI. — Annexite et périannexite caséeuse. *Soc. Méd. Chir., Modène,* mai, d'après *Rev. de Gyn.*, p. 1.137.

1909

BERTRAND. — Des abcès froids tubaires. *Th. Lyon.*

BRICKNER. — *New-York Obst. Soc.*, d'après *Americ. Journ. of Obst.*, mai.

BROWNING. — Un cas de tuberculose de l'ovaire traité par la tuberculine. *Month. Cycl. and Med. Bull., Philadelphie,* II.

FRÔMME. — Tuberculose utéro-annexielle. *Soc. Obs. et Gyn., Leipzig,* mai. d'après *Rev. Chir.*, novembre 09, p. 840.

LENORMANT. — La tuberculose génitale de la femme. *Progrès Médical,* 27 mars.

LE ROY BROUND. — Péritonite tuberculeuse. *Americ. Journ. of Obst.*, mai, p. 812.

MARTIN (J.). — Tuberculome hypertrophique de l'ovaire. *Soc. Sc. Méd., Montpellier,* janvier, d'après *Montp. Méd.*

Simmonds. — Tuberculose génitale chez la femme. *Arch. f. Gyn.*, LXXXVIII, d'après *Presse Médicale*, juin.

Spillmann et Parisot. — Méningite tuberculeuse consécutive à une tuberculose utéro-tubo-ovarienne. *Soc. de Méd., Nancy*, juin, d'après *Rev. Méd. de l'Est*, 15 juillet.

Tédenat et Romant. — *Province Médicale*, 6 février.

Violet et Chalier. — L'ouverture spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux. *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, n° 1.

West. — Diagnostic de la péritonite tuberculeuse chez la femme. *Americ. Journ. of Obst.*, mai, p. 820.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 27 novembre 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 27 novembre 1909.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I. — ÉTIOLOGIE. 9

Fréquence 9

Age 11

I. Hérédité 13

II. Antécédents personnels (non génitaux). 14

1° *Etat général* 14

2° *Antécédents non tuberculeux* 15

3° *Tuberculose préalable* 15

III. Antécédents génitaux 17

1° *D'ordre anatomique* 17

A. Malformations 17

B. Néoplasmes 18

2° *D'ordre fonctionnel* 19

A. Menstruation 19

B. Virginité 20

C. Stérilité 21

D. Grossesse, Accouchement, Avortement, grossesse extra-utérine. 21

E. Infections génitales 22

IV. Conclusion 24

CHAPITRE II. — PATHOGÉNIE. 26

Définition de la tuberculose primitive. 26

A. La Contamination des Annexes 27

§ I. **Contamination secondaire** 28

a) *L'étape pré-annexielle* 29

1° Le Sang 29

2° Le Péritoine 30

Les relations réciproques du péritoine et des annexes 31

3° Les Lymphatiques. 36

4° La voie muqueuse ascendante 39

b) *Résumé des opinions* 40

§ II. — **Contamination primitive** 41

Est-elle fréquente ? 41

Les modes de contamination 42

1° Modes exceptionnels. 43

2° Voie descendante 44

3° Primitivité apparente 44

4° Voie ascendante : 46

Rôle du coït dans la contagion tuberculeuse . 47

Possibilité de l'ascension des germes 48

Recherches expérimentales 49

Résumé 50

B. Raisons de la Fixation du Processus 52

a) *Raisons anatomiques.* 52

Lésions inflammatoires préalables 53

Etat dystrophique 54

Néoplasmes 56

b) *Raisons fonctionnelles : Congestion* 57

CHAPITRE III. — Anatomie Pathologique 60

Fréquence relative des localisations 60

A. Péritoine pelvien 61

B. Trompes 64

1° Lésions macroscopiques 64

2° Lésions microscopiques. 69

C. Ovaires 71

1° Lésions macroscopiques. 72

2° Lésions microscopiques. 74
3° Variétés. Lésions associées 74

CHAPITRE IV — Symptomes et Diagnostic 82

I. Aspect clinique synthétique 82
Pelvi-péritonite aiguë 83
Salpingo-ovarite chronique 84
Péritonite chronique 85

II. Analyse symptomatique 86
Modes de début 86
Etat général 89
Antécédents. 90
Douleurs. 91
Etat des autres appareils 93
Menstruation 93
Pertes blanches 95
Signes Physiques : 1° *Abdomen*. 96
— 2° *Exploration Vaginale* : . . 97
a) Virginité 97
b) Utérus 98
c) Ligaments larges. 99
d) Le Douglas 99
e) Annexes 100
Evolution des accidents 102

III. Les Eléments du Diagnostic Etiologique . . . 104
A. Arguments cliniques 104
B. Arguments microbiologiques 106

CHAPITRE V. — Complications et Pronostic 110

A. Propagation par continuité. 110
1) au Péritoine 110
2) à l'Utérus 111

B. Généralisation 112

C. Communications anormales et Fistules. 114
1) à la Peau 114
2) dans les Voies Urinaires 114

3) dans l'Intestin 118
4) dans le Vagin 119

D. Conséquences Génitales 120

1° Stérilité 120
2° Grossesse Extra-Utérine 121

E. Pronostic 122

CHAPITRE VI. — Traitement 124

I. Les Indications Thérapeutiques 124

en tant que : A) Annexite Chronique 124
B) Phénomènes Péritonéaux : . . .
1° *Aigus* . . . 125
2° *Chroniques*. . 125
C) Nature Tuberculeuse des lésions . . 126
D) Complications 135
Les Contr'indications 135

II. Les Moyens Thérapeutiques 136

A. Médicaux. 1° *Banaux*. 137
2° *Spécifiques*. 137
B. Chirurgicaux 1° *Radicaux*. 138
2° *Non Systématiques*. 139
3° *La question du drainage*. . . . 140
a) Laparotomie simple . . 140
b) Ablations atypiques . . . 140

III. Les Résultats Éloignés. 141

IV. Les Formules du Traitement 144

CHAPITRE VII. — Observations 147

Conclusions 192

Index Bibliographique 194

Montpellier. — Impr.-Lithogr. Firmin, Montane et Sicardi.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !